

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o tratamento da Cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LXV

São Paulo, Março de 1953

N.º 3

Sumário:

	Fig.
Orientação do tratamento das úlceras do estômago e do duodeno — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	169
Conduta do médico diante da gestante Rh negativa — OSWALDO MELLONE	173
Simplificação do exame colecistográfico feito para estudar o funcionamento do sistema biliar extra-hepático — Dr. GERALDO SIEFFERT DE PAULA E SILVA	183
Abdomen agudo cirúrgico — Dr. AMÉRICO NASRER	193
Produção Médica de São Paulo:	
Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo	205
Sociedade Médica São Lucas	208
Outras Sociedades	214
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	217
Vida Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina	220
Liga Paulista Contra a Tuberculose	226
Colégio Brasileiro de Cirurgiões	228
Assuntos de Atualidades:	
O álcool no pós-operatório	228
Prêmio "Arnaldo Vieira de Carvalho"	230
Novas Diretorias	230
Necrológio:	
Prof. OSWALDO DE OLIVEIRA	232
Dr. SEVERINO CARVAL SOBRINHO	235
Literatura Médica:	
Livros recebidos	234
Apreciações	238
Um prêmio diferente:	
Prêmio São Lucas	240

GLICOSE A 50%
AMPOLAS COM 10 CM³



"GLICOSE TORRES"

É SUBMETIDA
A RIGOROSAS PROVAS
DE ESTERILIDADE,
INOCUIDADE E DE
ISENÇÃO DE PÉSSIMO

GLICONECROTON

PREENCHE TODOS OS REQUISITOS
PARA UM SEGURO EMPREGO DA

PULMODRAZIDA

FÓRMULA

Hidrazida do ácido isonicotínico	0,100 g.
Amido	0,025 g.
Cálcio estearato	0,005 g.
Lactose q. s. p.	0,300 g.

INDICAÇÕES

NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Nos pacientes tratados pela "*Pulmodrazida*"

observa-se:

- 1.º Redução da febre.
- 2.º Diminuição da tosse, da expectoração e do número de bacilos tuberculosos.
- 3.º Aumento de peso e do apetite.
- 4.º Nos exames radiológicos nota-se claramente do componente reversível da tuberculose pulmonar.

MODO DE USAR:

1 comprimido para cada 10 quilos de peso, dividido em 3 doses

APRESENTAÇÃO

Tubos com 100, 500 e 1.000 comprimidos.

Lic. do S. N. F. M. n.º 671 de 25/6/52

INDÚSTRIA BRASILEIRA



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Telef. 33-7579 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA :		Cr\$
2.ª pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.200,00
3.ª pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.000,00
4.ª pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.400,00
TEXTO :		Cr\$
1 pagina (12 × 19 cm.) por vez		1.200,00
½ pagina (9 × 12 cm.) por vez		650,00
¼ pagina (9 × 5,5 cm.) por vez		400,00
Encarte por vez		1.200,00
Pagina fixa		20 % de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

VIKASALIL

B1

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumático — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

Fórmula .

Salicilato de Sódio .	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B1	0,006
Bicarb. de Sódio . .	0,03

+++

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.

A base do CELEBRE LEPTOLOBIIUM ELEGANS - CRATAEGUS OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIOS, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 c.c., 3 vezes ao dia em água açucarada. - Crianças: a metade.



MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 — Fone 33-3426 — São Paulo



HEXANITOL

HEXANITOL COM RUTINA

Vaso-dilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
baixa a pressão arterial

HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

© 1964 S. S. S.

HEXANITOL COM RUTINA

HEXANITOL





NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- Alivia a dor sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- Não afeta o coração nem a pressão arterial
- Menor depressão respiratória que os outros
- E particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampóles - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDE-SE EM TODAS AS FARMÁCIAS

DOLCSONA

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6% em Água destilada
Solutos de Glucóseo a 5% com Vitaminas B₁, B₂ e PP
Solutos de Glucóseo Isotônico com 10% de Alcool
Lactato de Sódio em Solução 1/6 Molar
Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio
Glucóseo em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%
Solutos de Glucóseo em água destilada a 5% e 10%

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Solutos de Lactato de Sódio e Cloreto de Sódio
com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow)

Em frasco de 250 cm³

**MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DE BANCOS DE SANGUE:
TRANSFUSO VAC, PLASMA VAC, CONJUNTOS DE
COLHEITA E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE.
PLASMA HUMANO NORMAL SECO (IRRADIADO)**



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel.: 46-1818
C. Postal 3.705 — End. Telegr. "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543

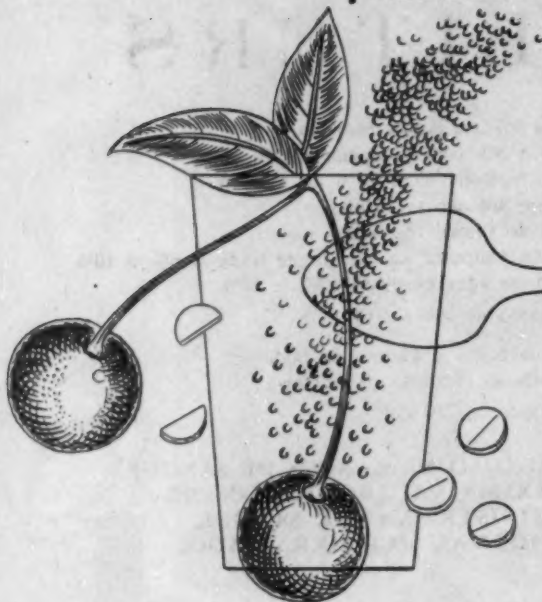
FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel.: 32-9626

End. Telegr.: "BAXTER"

Sulfacilin

Penicilina Oral com mistura tríplice de Sulfas.

Pó e Comprimidos



- Sulfadiazina
- Sulfamerazina
- Sulfametazina
- Penicilina

Adicionando-se água ao Sulfacilin Pó
prepara-se uma solução fácil de se
administrar e com gosto de cereja,
realmente delicioso.

BRISTOL  LABOR. S.A.

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 36-8181 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano Cr\$150,00 — Número avulso . . . Cr\$15,00

VOL. LXV

MARÇO DE 1953

N.º 3

Orientação do tratamento das úlceras do estômago e do duodeno (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Diretor do Sanatório São Lucas.

Por mais que o assunto desta palestra tenha sido debatido, permanece ele, ainda, na ordem do dia, como questão de atualidade, diante de correntes que se chocam e do anseio de se encontrar um medicamento que evite a intervenção cirúrgica.

De muito que médicos e cirurgiões vêm discutindo as vantagens e desvantagens dos tratamentos que preconizam e o fato, de não se ter chegado, até agora, a uma unidade de pontos de vista é a prova de que ainda não apareceu um medicamento realmente eficiente na cura das úlceras do estômago e do duodeno e a própria cirurgia ainda anda ensaiando novos processos, na esperança de contornar uma dúzia de porcentos de resultados pouco satisfatórios da ressecção gástrica.

O ideal, sem dúvida, seria curar a úlcera sem levar o doente à mesa operatória. Isso, entretanto, poucas vezes se consegue. E por que isso às vezes se consegue, torna-se regra o tratamento clínico de todo ulceroso recente.

Para se atingir o almejado objetivo, é preciso ter-se em mente a inegável influência do sistema nervoso na etiologia da úlcera. Sabido que o estado emocional e as perturbações nervosas locais são capazes de acarretar transtornos na secreção e na motilidade gástricas, ligadas ao aparecimento e manutenção da úlcera, cumpre afastar o doente das suas preocupações profissionais, de suas dificuldades de vida,

(*) Resumo de palestra feita na Seção de Taubaté da Associação Paulista de Medicina em 20-10-1952.

de seus aborrecimentos familiares. Mais vale, a nosso ver, o descanso espiritual do que o repouso físico, aconselhado, com tanta insistência, por certos clínicos. A mudança do gênero de vida, para outro mais suave, uma longa viagem de recreio, a estadia demorada em ambientes bem diversos do que aquele em que vive, isto é: o afastamento do doente, por tempo prolongado, das suas preocupantes atividades contribue eficazmente para a cicatrização da sua úlcera.

Menor importância se deve conferir à dieta. O uso prolongado de uma dieta rija, principalmente daquela dos clássicos de ontem, que não atendia às necessidades calóricas e nutricionais do indivíduo, pode conduzi-lo a um enfraquecimento progressivo, sem dúvida danoso para o seu estado de saúde.

Na guerra civil da Espanha, quando Madrid se achava cercada e com falta de alimentos, verificou-se que o uso da carne seca contribuiu para a recuperação rápida de doentes que não se haviam curado com as dietas suaves dos processos clássicos.

Os medicamentos antigos e modernos se equivalem no tratamento auxiliar das úlceras do estômago e do duodeno. Tanto o bismuto, os hormônios, a beladona, os antiácidos como a Banthine apresentam resultados apreciáveis e insucessos retumbantes. Se, de regra, produzem a acalmia e regressão da crise cíclica, muitas vezes se mostram inativos e, não raro, apresentam inconvenientes que impõem a mudança de tratamento.

Esses fatos são frequentemente observados e servem de base para a argumentação dos cirurgiões em favor da sua intervenção armada.

Além do insucesso do tratamento clínico, certas circunstâncias são impositivas do tratamento cirúrgico, não havendo discrepância de opinião entre clínicos e operadores.

São os casos das hemorragias graves e das hemorragias recidivantes, que ameaçam a vida do ulceroso.

São os casos da estenose cicatricial do bulbo duodenal, estabelecida à custa do tecido fibroso que se forma na reparação dos sucessivos surtos ulcerosos.

São os casos de localização na zona motora do estômago, onde a transformação cancerosa ou a enxertia de um blastoma apresentam elevada percentagem.

São os casos das perfurações em peritônio livre, nos quais a ação salvadora da cirurgia pode ser de aspecto dramático e nos quais o tratamento conservador pela aspiração contínua, além de exigir uma assistência permanente por profissional capaz de discernir o momento justo em que o processo se torna ineficiente, já tem apresentado muitos e lamentáveis insucessos, de sorte a limitar a sua aplicação aos ambientes em que haja condições favoráveis para tentar a cura operatória.

São, ainda, os casos da chamada indicação social, diante de indivíduos que não poderiam se afastar por muito tempo de suas ocupações profissionais, em virtude de necessitarem do trabalho para manutenção própria e da família e que, com o tratamento cirúrgico,

dentro de 45 a 60 dias estariam reintegrados nas suas atividades costumeiras.

Onde a socialização está mais avançada e onde os serviços assistenciais o permitem, o tratamento clínico dos ulcerosos pode ser feito em maior escala, mas onde o indivíduo tem que lutar pela subsistência própria e pela dos seus, como o Brasil, o tratamento deve ser mais da alçada do cirurgião do que do clínico, limitando-se este a orientar os casos iniciais passíveis de cura, os casos de grave risco operatório por lesões estranhas à úlcera e os casos em que os pacientes se recusem à intervenção cirúrgica.

Quanto à orientação do tratamento operatório, a conduta mais aconselhável é a ressecção ampla, seguida de gastro-jejunostomia ante ou retrocólica. A gastro-enterostomia simples, sem ressecção, que estava praticamente abandonada nos centros de maior experiência em cirurgia gástrica, foi ultimamente de novo focalizada, no empenho de corrigir os inconvenientes da vagotomia e juntamente com esta vem sendo experimentada no tratamento da úlcera duodenal. Outro recurso recentemente ensaiado para corrigir os inconvenientes da vagotomia é a frenicotomia ou a frenicotripsia concomitante, do lado esquerdo, com a finalidade de, elevando o hemidíaphragma, elevar também o fundo gástrico e com isso evitar a estase que a secção dos nervos vagos determina.

São corretivos a um método que já tem produzido lastimáveis consequências e que está fadado ao mesmo abandono que já se conguiu dos seus primeiros insucessos de trinta anos atrás.

Quanto à técnica da ressecção gástrica, a que usamos fazer é apresentada, nos seus principais pormenores, no filme que vamos exhibir e que focaliza uma intervenção por nós realizada em dezembro de 1951.

PHILERGON - Fortifica de fato

Acaba de aparecer:

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6.ª Série

Pedidos ao autor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574

São Paulo

PREÇO Cr\$200,00

**Úlceras
gastro-duodenais**



Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.

Rua Morais e Silva, 30 — Caixa Postal, 329
Rio de Janeiro

Conduta do médico diante da gestante Rh negativa

OSWALDO MELLONE

Chefe do Serviço de Transfusão do Hospital das Clínicas.

Em 1940, Wiener e Landsteiner (5), injetando hemácias do macaco Rhesus no coelho e na cobaia obtiveram um soro capaz de aglutinar aquelas hemácias. Esse soro anti-Rhesus ou anti-Rh mostrou-se capaz de aglutinar hemácias humanas de 85 por cento dos indivíduos da raça branca, permitindo distingui-los em *Rh positivos* e *Rh negativos*, segundo a presença ou ausência desse novo aglutinogênio no sangue.

Essa descoberta ganhou enorme interesse quando se verificou que os indivíduos Rh negativos podem produzir anticorpos contra o fator Rh, reproduzindo assim, a resposta imunológica do coelho e da cobaia.

No homem, a introdução do fator pode ser feita pela injeção de sangue Rh positivo, seja por via intramuscular (heterohemoterapia) ou por via intravenosa (transfusões).

Na mulher, além dessas vias, a introdução do antígeno se processa mais comumente através da circulação placentária quando gera um feto Rh positivo. No primeiro caso, as transfusões de sangue Rh positivo podem provocar, no organismo Rh negativo, o aparecimento de anticorpos que, em transfusões ulteriores, determinarão reações hemolíticas de maior ou menor gravidade pela aglutinação e hemólise do sangue transfundido. No período gravídico, as mulheres Rh negativas, portadoras de feto Rh positivo, podem receber do sangue fetal o aglutinogênio Rh podendo, igualmente, produzir os anticorpos específicos para esse fator, possibilidade que aumenta com o número das gestações. Quando a mulher Rh negativa é submetida à transfusões de sangue Rh positivo antes ou durante o período gestacional, associam-se os dois mecanismos de estímulo imunológico, aumentando de muito a possibilidade de formação dos anticorpos. A presença dos anticorpos anti-Rh no soro sanguíneo da gestante, provocada por gestações sucessivas de filhos Rh positivos, por transfusões de sangue Rh positivo ou pelos dois mecanismos associados, pode ter consequências funestas para a mulher e para a sua descendência. A mulher estará sujeita a graves reações postransfusionais se inadvertidamente receber sangue

Rh positivo; por outro lado, os fetos Rh positivos que gerar, sofrerão a ação dos anticorpos, surgindo os casos de eritroblastose fetal, fétos prematuros, natimortos e abortamentos repetidos.

Tendo em mente esses conhecimentos, começam agora os obstetras a solicitar a determinação sistemática do fator Rh das gestantes, que é realmente medida de grande importância prática para proteção do organismo materno e da criança. Contudo, diante de uma gestante Rh negativa a conduta dos médicos nem sempre tem sido bem conduzida, pecando alguns por excesso, alarmando a gestante sem justificativa, errando outros por não atribuir a menor importância aos resultados do exame. Para uns e outros, julgamos de interesse pôr em relevo alguns dados imunológicos e as medidas que costumamos sugerir diante da gestante Rh negativa:

1.º) Determinação do fator Rh e do grupo sanguíneo do marido.

— Embora possa parecer estranho, muitas vezes temos sido solicitados para opinar sobre a conduta a seguir em determinada gestação de paciente Rh negativa, sem que ainda não seja conhecido o Rh do marido. Essa medida é elementar porquanto, embora a mulher Rh negativa tenha contra si, 6 probabilidades em 7 de casar com homem Rh positivo, ha a possibilidade do marido ser Rh negativo e, nesta eventualidade, o casal poderá ficar absolutamente tranquilo pois nunca haverá incompatibilidade materno-fetal por esse fator. A determinação do grupo sanguíneo também é interessante porquanto, si houver incompatibilidade de grupo entre marido e mulher, por motivos ainda não conhecidos até o momento, diminui de 50 por cento a possibilidade de sensibilização materna pelo fator Rh.

2.º) Determinação do genotipo do marido. — Conhecido o Rh do marido, o exame deve completar-se com a determinação do seu genotipo, seja pelo emprego de sôros raros e ao alcance somente de poucos laboratórios especializados, seja pela determinação do Rh dos filhos do casal quando se trata de mulher multipara. Havendo um filho Rh negativo na descendência do casal, conclui-se, sem mais exames, ser o marido heterozigótico. Sabemos que os caracteres hereditários que transmitem o fator são alelomórfos, podendo ser constituídos por dois gens dominantes RR (homozigótico) ou um gen dominante R conjugado ao recessivo r, isto é, Rr (heterozigótico). Na primeira hipótese todos os filhos do casal serão Rh positivos porque o marido transmitirá sempre o fator dominante R que se conjugará ao fator recessivo r da mulher Rh negativa: todos os filhos serão Rh positivos, heterozigóticos (Rr). Quando o marido é heterozigótico, o casal tem 50 por cento de probabilidade de ter filhos Rh negativos, fugindo à ação dos anticorpos no caso de tratar-se de gestante já imunizada por gestações ou transfusões anteriores. Esta possibilidade

é bastante grande porque 60 por cento dos homens Rh positivos são heterozigóticos, isto é, em cada 5 ha 3 com possibilidade de transmitir apenas o fator recessivo (r) e os filhos serão Rh negativos (rr).

Constatada a existencia do binômio: marido Rh positivo e mulher Rh negativa, condição que se encontra em 12 por cento dos casais, vejamos quais os casos que podem se apresentar na prática:

1.º) **Mulher primigesta sem história de hemoterapia.** — No decorrer da primeira gestação de filho Rh positivo a possibilidade de formação de anticorpos é praticamente inexistente e, assim sendo, não ha necessidade de pesquisar anticorpos no sangue da mulher durante a primeira gestação. A grande utilidade de conhecer o fator Rh da mulher ainda no periodo pré-concepcional é evitar o uso de transfusões de sangue Rh positivo antes ou no decorrer da gestação ou logo em seguida ao parto, como ocorre frequentemente.

2.º) **Mulher primigesta com história de hemoterapia.** — O uso de transfusões ou de injeções intramusculares de sangue sem determinação do Rh dos doadores em qualquer época da vida da mulher constitue um estímulo imunológico intenso. Wiener e Sonn-Gordon (6) submetendo receptores voluntarios a injeções intramusculares de sangue Rh positivo, conseguiram provocar o aparecimento de anticorpos com apenas duas injeções dadas com intervalo de quatro mezes em metade dos indivíduos que se submeteram à experiencia. A primeira injeção constitue a *dose imunizante de base* e a segunda a *dose estimulante* para aparecimento dos anticorpos. Na primigesta submetida a transfusões de sangue anteriormente, deve-se considerar que uma única introdução de sangue Rh positivo em qualquer periodo da sua vida é suficiente para atuar como dose imunizante de base, passando a primeira gestação de filho Rh positivo a atuar como dose estimulante para a formação dos anticorpos, surgindo então a doença hemolítica no primeiro filho. Duas observações de nossa casuística, casos 10 e 19 de publicações anteriores (1-2), ilustram bem o perigo das transfusões de sangue sem determinação do fator Rh.

Caso 10 — M.C.C., primigesta. Em Outubro de 1946 foi submetida a uma série de transfusões para cura de processo infeccioso, figurando o marido entre os doadores. Em Abril de 1950, nasce o primeiro filho: prematuro de 8 mezes, profundamente anêmico, icterico, esplenomegalia acentuada, facies mongoloide. Submetido à exsanguino-transfusão tardia (64a. hora) faleceu cerca de 15 horas após o tratamento.

O estudo do sangue do casal e do recém-nascido deu os seguintes resultados: marido, grupo ORh positivo (homozigótico); recém-nascido, grupo ORh positivo; mulher, grupo ORh negativo. Presença de anticorpos bloqueadores no soro da gestante (1:64).

Caso 19 — A. T. L., primigesta. Em Setembro de 1939 recebeu 12 transfusões de sangue, relatando que as últimas foram seguidas de tremores intensos, dores generalizadas pelo corpo e elevação de temperatura. Em Abril de 1951, nasce o primeiro filho: icterícia intensa e precóce, anemia, esplenomegalia. Submetido exsanguino-transfusão com 12 horas de vida, evoluiu favoravelmente.

O estudo do sangue do casal e do recém-nascido deu os seguintes resultados: marido, grupo ARh positivo (heterozigótico); recém-nascido: grupo ARh positivo; mulher, grupo ARh negativo. Presença de anticorpos bloqueadores no soro materno (1:52).

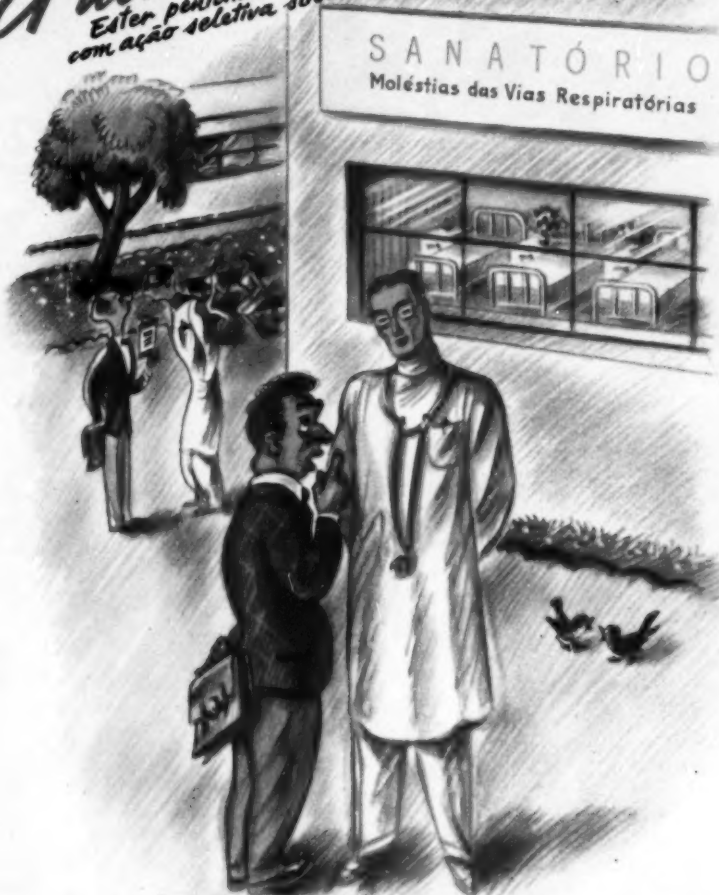
Esses dois exemplos mostram que, diante de uma gestante com história transfusional a conduta a seguir, depois de determinado o Rh e o genotipo do marido, é pesquisa de anticorpos no soro da mulher. Verificada a presença de anticorpos no soro materno, o obstetra deverá solicitar exames clínicos, hematológico e sorológico do recém-nascido logo após o parto, afim de submetê-lo a tratamento precóce, caso houver manifestações da doença hemolítica.

3.º) **Multigestas sem história transfusional e sem história obstétrica sugestiva de imunização materna ao fator Rh.** — Com a generalização da prática da determinação do fator Rh nas Maternidades, muitas mulheres tem conhecimento do resultado do exame na ocasião do primeiro parto, vindo assim, a se preocupar com o problema no decurso da segunda gestação, ocasião em que o médico é solicitado a opinar sobre a possibilidade de desenvolvimento da imunização materna ao fator em estudo. Weiner e Hallum (4) estudando o soro sanguíneo de 65 primígravidas que tiveram filho Rh positivo, encontraram anticorpos em duas, o que equivale a dizer que uma gestante em 32 mulheres Rh negativas pôde se imunizar com a primeira gestação de filho Rh positivo. Potter (3) estudando 122 mães Rh negativas que deram origem a filhos portadores de eritroblastose fetal, encontrou a incidência de 1 para 42 na segunda gestação.

Nossa casuística compreende, até Dezembro de 1952, um total de 58 casos de doença hemolítica do recém-nascido determinados pela incompatibilidade materno-fetal pelo fator Rh, 41 dos quais foram tratados pela exsanguino-transfusão e 17 tratados com transfusões de concentrado de glóbulos ou sangue total. No primeiro grupo, a sensibilização materna e a doença hemolítica do recém-nascido se manifestaram em 7 secundigestas e no segundo grupo em duas, devendo-se assinalar que o tratamento pela exsanguino-transfusão é reservado para os casos mais graves da molestia.

Baseados nesses dados, aconselhamos sempre a pesquisa de anticorpos no soro materno já no decurso da segunda gestação, realizando-a pela primeira vez na altura do 6.º mês e repetindo-a uma quinzena antes da data prevista do parto. Pesquisas muito amiudadas são desnecessárias e trazem o casal em constante preocupação. Assinalada a presença de anticorpos no soro materno

A última Novidade...
Estér. penicilínico
com ação seletiva sobre as infecções pulmonares



LEOCILLIN

LØVENS KEMISKE FABRIK

Copenhague-Dinamarca

DISTRIBUIDORA EXCLUSIVA PARA O BRASIL

Ind. Farm. Endochimica S. A.

S. F. E. P. INSCRIÇÃO 159

MATRIZ:

Estrada Sto. Amaro, 1239 - S. Paulo

FILIAIS:

RIO DE JANEIRO
 PORTO ALEGRE
 BELO HORIZONTE
 RECIFE-SALVADOR
 CURITIBA

END. TELEGRÁFICO

"ENDOCHIMICA"

TELEFONE 8-2138

CAIXA POSTAL 7230

LEOCILLIN

(Hidriodeto do beta-dietilaminoetil-éster da benzil-penicilina).

É um novo derivado da penicilina com **excepcional afinidade para os pulmões**, pelos quais é excretado seletivamente.

Após a administração de Leocillin, as concentrações de penicilina nos pulmões e na árvore brônquica, são bem mais altas e de maior duração do que as obtidas com o emprêgo de penicilina procaína ou sódica.

Devido à particularidade que tem de se armazenar no tecido pulmonar, o Leocillin administrado nas bronquiectasias e bronquites, determina altas concentrações de penicilina na expectoração e, em consequência, rápida diminuição na quantidade da mesma.

INDICAÇÕES

Infecções brônquicas e pulmonares suscetíveis à penicilina, particularmente:

- Bronquites crônicas ou agudas
- Bronquiectasias
- Abcessos pulmonares
- Pneumonias
- Infecções pulmonares associadas ao carcinoma pulmonar.

Infecções por estreptococos, estafilococos e gonococos

- Erisipelas
- Anginas de Vincent
- Sífilis.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 1 e 10 frasco-empôlas de 100.000 U.

Caixas com 1 e 10 frasco-empôlas de 500.000 U.

Venda sob receita médica

Licenciado pelo D.N.S. sob n.º 36 e 37 em 11-1-1952.

Farm. resp.: H. Rasmeling

LØVENS KEMISKE FABRIK

Copenhague-Dinamarca

DISTRIBUIDORA EXCLUSIVA PARA O BRASIL

IND. FARM. ENDOCHIMICA S/A.

ESTRADA SANTO AMARO, 1239 - CAIXA POSTAL 7230

SÃO PAULO

a conduta a seguir é sempre a mesma: o obstetra deverá solicitar a colaboração do pediatra e do transfusionista para que a criança seja examinada e tratada o mais precocemente possível. Logo após o nascimento, o transfusionista determinará o grupo sanguíneo e o Rh do recém-nascido e, sendo este positivo, realizará o teste de Coombs, provas que podem ser realizadas no sangue periférico da criança ou no sangue do cordão umbilical, colhido no momento do parto, quando o obstetra já conhece a situação sorológica da gestante.

4.º) **Multiparas com história transfusional ou com história obstétrica sugestiva de sensibilização materna.** — Este grupo compreende os casos em que o obstetra poderá fazer o diagnóstico de imunização materna apenas pela anamnese da gestante. A sucessão de gestações de filhos Rh positivos torna a mulher cada vez mais susceptível de criar anticorpos em resposta a esses estímulos repetidos. Uma vez sensibilizadas, essas mulheres tem, em geral, filhos anêmicos depois de uma a duas gestações; tornando-se mais acentuada a sensibilização, surgem os casos de icterícia grave, néo-natimortos, natimortos, abortamentos repetidos. Quando na sucessão dessas gestações se intercala ou se acrescenta o uso intempestivo de transfusões de sangue sem determinação do Rh, este novo estímulo imunológico agrava ainda mais as condições criadas pela incompatibilidade materno-fetal. De observações já publicadas (1-2) e relativas somente a casos tratados pela exsanguino-transfusão, retiramos alguns exemplos bem significativos:

Caso 4 — Gestante M.I.B. Cinco gestações (1935, 1936, 1938, 1939, 1941): filhos Rh positivos normais; 6a. gestação (1944): recém-nascido anêmico, tendo sido submetido a transfusão nos primeiros dias de vida; 7a. gestação (1945): recém-nascido intensamente icterico nas primeiras horas de vida, falecendo no 19.º dia; 8a. gestação (1946): recém-nascido icterico ao nascer, falecendo no 8.º dia; 9a. gestação (1947): natimorto de termo; 10a. gestação (1949): recém-nascido com forma grave de eritroblastose, submetido ao tratamento pela exsanguino-transfusão na 47a. hora de vida. Exame de sangue do casal e do ultimo recém-nascido: Marido, grupo ORh positivo (homozigótico); recém-nascido, grupo ORh positivo; gestante ORh negativo. O soro da gestante apresentava elevado teor de aglutininas e anticorpos bloqueadores anti-Rh.

Caso 8 — Gestante A.L. 1a. gestação (1940): filho normal, Rh positivo; 2a. gestação (1941): abortamento provocado. Em 1942 foi submetida a uma intervenção cirúrgica, recebendo cerca de dois litros de sangue sem determinação do fator Rh. 3a. gestação (1944): filho normal, Rh negativo; 4a. gestação (1946): filho normal, Rh negativo; 5a. gestação (1950): recém-nascido ARh positivo, com forma grave de doença hemolítica, submetido ao tratamento pela exsanguino-transfusão com 45 horas de vida. Exame do sangue do casal: marido ARh positivo (herozigótico); mulher ARh negativa, com elevado teor de anticorpos anti-Rh no soro sanguíneo.

Caso 13 — Gestante I.G. 1a. gestação (1946): filho normal, Rh positivo. Em seguida ao parto, teve hemorragia intensa, sendo então submetida a varias transfusões para as quais o marido contribuiu com um litro de sangue. 2a. gestação (1950): recém-nascido ARh positivo com forma gravissima de eritroblastose. Submetido a tratamento tardio (86 horas de vida) sobreviveu com seqüelas

neurológicas graves. Marido: grupo ORh positivo (homozigótico). Gestante: grupo ARh negativo. Presença de anticorpos anti-Rh no soro com título de 1:64.

Caso 17 — Gestante R.P.O. — 1.ª gestação (1946): natimorto (eclampsia); 2.ª gestação (1947): abortamento provocado; 3.ª gestação (1948): filho normal, Rh positivo. Em seguida ao parto recebeu varias transfusões de sangue doado por 4 familiares que mais tarde foram classificados como Rh positivos. 4.ª gestação (1951): recém-nascido ORh positivo, com forma grave de doença hemolítica. Submetido ao tratamento pela exsanguino-transfusão com 60 horas de vida, evoluiu com sequelas neurológicas da molestia. Exame do sangue do casal: marido ORh positivo (homozigótico); gestante ORh negativa, com elevado teor de anticorpos anti-Rh no soro sanguíneo.

Caso 43 — Gestante T.B.P. — 1.ª gestação (1951): filho normal, Rh positivo. Em seguida ao parto recebeu uma transfusão de 500 ml. de sangue, sem determinação do fator Rh da paciente e do doador. 2.ª gestação (1952): recém-nascido com forma grave de doença hemolítica; submetido à exsanguino-transfusão precoce, está evoluindo bem. Exame do sangue do casal e do recém-nascido: marido, grupo ORh positivo; recém-nascido, grupo ORh positivo; gestante, grupo OHh negativo. Presença de anticorpos anti-Rh em título de 1:32 soro sanguíneo da gestante.

A primeira observação constitue exemplo bem nítido do valor da anamnese obstétrica, porquanto somente a historia da gestante é suficiente para fazer o diagnóstico de incompatibilidade materno-fetal. A observação do caso 8 mostra a ação conjugada das gestações e das transfusões na produção da sensibilização materna ao fator Rh, sendo de notar que a gestante, depois de imunizada em 1942, teve dois filhos sãos, Rh negativos, surgindo a doença hemolítica somente em 1950, quando voltou a ter filho Rh positivo. As observações dos casos 13 e 17 mostram também o efeito desastroso das transfusões de sangue Rh positivo, agravadas pela falta de providencias do obstetra no decorrer da ultima gestação, de tal modo que o diagnóstico da doença hemolítica em ambos os recém-nascidos foi feito somente quando os sinais clínicos se haviam tornado muito exuberantes, levando à instituição do tratamento quando as crianças já haviam sofrido a agressão encefálica da doença. A ultima observação é bem exemplo do descaso que continúa merecendo a determinação do fator Rh da gestante em nosso meio, pois a paciente recebeu transfusão sem determinação do fator Rh em uma das melhores Maternidades da Capital, em pleno ano de 1951. Esse erro foi compensado em parte pelo obstetra que, no decorrer da segunda gestação solicitou a determinação do Rh do casal e pesquisa de anticorpos no soro da gestante. Constatada a sensibilização materna, foi feito o teste de Coombs (revelador da presença dos anticorpos maternos na circulação do recém-nascido) no sangue do cordão umbilical colhido no momento do parto e, sendo este fortemente positivo, institui-se precocemente o tratamento pela exsanguíno-transfusão com resultado muito favorável.

Do que ficou exposto, tornaram-se evidentes as vantagens da determinação sistemática do Rh das gestantes, as vantagens de

conhecer a situação imunológica da gestante Rh negativa antes do parto e o perigo das transfusões de sangue Rh positivo na imunização a esse aglutinogênio. Resta saber qual a conduta a ser aconselhada no futuro, para as mães sensibilizadas e que já tiveram filhos com doença hemolítica do recém-nascido. Sendo o marido homozigótico, a doença apresentar-se-á em tôdas as gestações subsequentes, porquanto, uma vez ocorrido um caso de eritroblastose na descendência da mulher imunizada, todos os filhos serão vítimas da doença que tende a se agravar com a sucessão das gestações. Portanto, enquanto não houver terapêutica para neutralizar os anticorpos maternos, seria prudente aconselhar a limitação de filhos, particularmente para as mulheres que tiveram filhos com forma grave da doença e cujo marido é homozigótico. Na hipótese do marido ser heterozigótico, o casal deverá ser esclarecido da possibilidade favorável da mulher vir a ter filhos Rh negativos, como no exemplo da observação 8, anteriormente referida.

Na eventualidade da mulher sensibilizada desejar nova concepção, o obstetra deverá solicitar a presença do transfusionistas no momento do parto afim de examinar o recém-nascido e, na hipótese de apresentar sinais da doença, submetê-lo à exsangüino-transfusão, única terapêutica que, realizada precocemente, pôde oferecer os melhores resultados imediatos e tardios. Em nossa série de 41 casos de eritroblastose pelo fator Rh, ha 6 casos correspondentes a tres-mulheres que tiveram por duas vezes filhos submetidos a essa forma de tratamento.

Casos 3 e 44 — Correspondem à gestante G. A.: 1.^a gestação (1944): natimorto de termo por trauma obstétrico (forcipe); 2.^a gestação (1947): filho normal, grupo ARh positivo; após essa gestação foi submetida à amigdalectomia, ocasião em que recebeu algumas injeções intramusculares do sangue do marido com fins hemostáticos. 3.^a gestação (1949): recém-nascido do grupo ARh positivo com forma grave de eritroblastose. Diagnóstico e tratamento tardios (38 horas de vida), apesar do que a criança teve desenvolvimento somático e psíquico normais. 4.^a gestação (1952) recém-nascido do grupo ARh positivo, com icterícia precoce, anemia, esplenomegalia, eritroblastose intensa. Submetido ao tratamento pela exsangüino-transfusão nas primeiras horas de vida, está evoluindo muito bem até o momento. Exame do sangue do casal: marido, grupo ARh positivo (homozigótico); mulher, grupo ARh negativo; presença de anticorpos anti-Rh no soro sanguíneo (1:64).

Casos 16 e 32 — Correspondem à gestante L. R. A. — 1.^a gestação (1948): filho normal, Rh positivo; 2.^a gestação (1951): recém-nascido com forma grave de doença hemolítica, icterícia intensa precoce, anemia e eritroblastose acentuadas, esplenomegalia, convulsões generalizadas, estado tóxico pronunciado. Submetido à exsangüino-transfusão muito tardia (63 horas de vida) não se beneficiou do tratamento, vindo a falecer 48 horas depois. 3.^a gestação (1952): recém-nascido do grupo ORh positivo, apresentando ao nascer, esplenomegalia, anemia e eritroblastose intensa. Submetido ao tratamento logo em seguida ao parto, não chegou a apresentar icterícia, evoluindo muito bem até o momento. Exame do sangue do casal: marido, grupo ORh positivo (homozigótico); mulher, grupo ORh negativo; presença de anticorpos anti-Rh no soro sanguíneo (1:256).

Casos 23 e 41 — Correspondem à gestante H. V. M. — Três primeiras gestações (1943, 1945, 1947): filhos normais, grupo ORh positivo; 4.^a gestação (1950): recém-nascido com doença hemolítica, submetido a tratamento por pequenas

transfusões de sangue total. Faleceu no terceiro dia de vida, intensamente icterico. 5a. gestação (1951): recém-nascido com forma grave de doença hemolítica, submetido à exsanguino-transusão na 6a. hora de vida; resultado excelente, com desenvolvimento somático e psíquico normais. 6a. gestação (1952): recém-nascido com forma grave de doença hemolítica, submetido ao tratamento logo em seguida ao parto. Evolução muito favorável até o momento. Exame de sangue do casal: marido, grupo ORh positivo (homozigótico); mulher, grupo ORh negativo; presença de anticorpos anti-Rh no soro sanguíneo (1:64).

Essas observações mostram que o conhecimento da situação imunológica dessas gestantes antes do parto permitiu obter excelentes resultados com a exsanguino-transusão precoce nos últimos recém-nascidos, como se verificou bem nos casos 16 e 32 onde havia antecedente de morte após tratamento tardio e nos casos 23 e 41 onde havia o antecedente de morte após tratamento por meio de transfusões simples.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Mellone O., Lacaz C. S., Yahn O. - Doença hemolítica do recém-nascido. Considerações sobre 12 casos tratados pela exsanguino-transusão. *Rev. Paul. Med.* 38:251 (março) 1951.
- 2 - Mellone O., Lacaz C. S., Yahn O., Jamra M. - Doença hemolítica do recém-nascido. Resultados obtido em nova série de 24 casos tratados pela exsanguino-transusão. *Rev. Paul. Med.* 42:89 (fevereiro) 1953.
- 3 - Potter E.L. - Rh. Its relation to congenital hemolytic disease and to intragroup reactions. *The Year Book Publishers Inc.; New York*, 1947.
- 4 - Weiner W., Hallum J.L. - Follow-up of rhesus-negative primigravidae; development of rhesus immunization. *Brit. Med. Journal* 2:868 (outubro, 14) 1950.
- 5 - Wiener A. S., Landsteiner K. - An agglutinable factor in human blood recognized by immune sera for Rhesus blood. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 43:223 (janeiro) 1940.
- 6 - Wiener A.S., Sonn-Gordon E.B. - Simple method of preparing anti-Rh serum in normal male donors. *Am. J. Clin. Path.* 17:67 (janeiro) 1947.

DRÁGEAS

DISSENSIBILIZAÇÃO

ALÉRGICA

PEPTALMINE

GRANULADOS

ENXAQUECAS
ALERGIA DIGESTIVA



URTICÁRIA
ESTROFILA URTICARIANA
PRURIDOS. ECZEMAS

LABORATORIOS ENILA S. A. - Rua Riachuelo, 940 - Caixa Postal, 484 - RIO
Filial - Rua Marquez de Itú, 909 - SÃO PAULO

SEDATIVO E ANTIESPASMÓDICO

FREINOSPASMYL

DRAGEAS

ESPASMOS DIGESTIVOS, PALPITAÇÕES,
ANGUSTIA, NERVOSISMO.



FÓRMULA:

Fenilmetilmaloniluréia 0,03g.
Bromidrato de Quinina 0,06g.
Beladona: Folhas Pulverizadas 0,01g.
Excipiente q. s. p. 1 drágea

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

LIPOCÉRÉBRINE

AMPÓLAS

TÔNICO E REMINERALIZANTE
CEREBRAL



Extrato etéreo total de cérebro fresco
de carneiro contendo todos os seus
constituintes, fosforados e não fosforados.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

TRATAMENTO ELETIVO DOS ECZEMAS
E DAS FORMAS EXUDATIVAS E PRURI-
GINOSAS DAS MOLÉSTIAS CUTÂNEAS

USO ENDOVENOSO

ECZEMIL

INJETÁVEL

(DESSENSIBILIZANTE)

Uma ampôla em dias alternados,
até uma ampôla em 24 horas.

<p>METIOKRITON INJETÁVEL</p> <p>Cx. c/ 3 ampôlas de 5 cm³</p>	<p>Cada ampôla de 5 cm³ contém:</p> <p>Metionina sódica .. 1,300 g Princípio antitóxico do fígado 0,012 g Vitamina B1 0,030 g Vitamina B2 0,002 g Vitamina B6 0,002 g Nicotinamida 0,030 g Água bidistilada q. s. p. 5 cm³</p>	<p>Hepatites, cirroses hepá- ticas, afecções hepáticas em geral, síndromes tóxicas e toxi-infecciosas em geral.</p> <p>1 a 2 ampôlas por dia. Por via intramuscular.</p>
<p>METIOKRITON DRAGEAS</p> <p>Tubos com 30 drágeas.</p>	<p>DL-Metionina 0,300 g Princípio antitóxico do fígado (Xantina) 0,005 g Vitamina B1 (Clori- drato de Tiamina). 0,050 g Vitamina B2 (Ribo- flavina) 0,001 g Vitamina B6 (Piri- doxina) 0,001 g Nicotinamida 0,030 g Excipiente, q.s.p. .. 0,600 g</p>	<p>Hepatites, cirroses hepá- ticas, afecções hepáticas em geral, síndromes tóxicas e toxi-infecciosas em geral.</p> <p>2 a 5 drágeas por dia.</p>

INSTITUTO LUIZ PEREIRA BARRETO VERUM LTDA
Rua Maria Antonia, 57 — Tel. 35-9671 — São Paulo

Simplificação do exame colecistográfico feito para estudar o funcionamento do sistema biliar extra-hepático.

Dr. GERALDO SIFFERT DE PAULA E SILVA

Chefe do Serviço de Gastroenterologia do Hospital São Marcos Rio de Janeiro.

Dois pontos essenciais têm servido de base na série de trabalhos que temos publicado (1-12) sobre o estudo do funcionamento do sistema biliar extra-hepático por meio do exame colecistográfico:

1.º) A vesícula biliar é o órgão regulador da pressão dentro do sistema biliar extra-hepático e as suas variações de forma e de volume podem servir como índice dos fenômenos que ali se desenrolam.

2.º) A vesícula biliar normal apresenta um padrão bem definido, o qual assim se caracteriza (11): (a) *em jejum* (Período interdigestivo) — Forma de pêra, mais ou menos bojuda; volume entre 27 e 35 cc. (b) *após administração da refeição de Boyden*, evacuação de 50% de seu conteúdo, com 15 minutos; de cerca de 80% aos 6 minutos; e de cerca de 90% aos 120 minutos.

Voltamos agora ao assunto, depois de uma revisão crítica dos dados que vimos reunindo desde Setembro de 1939, para propor uma simplificação do trabalho, no que se refere à sequência de prova motora. Desde a época mencionada até fins de 1948 fizemos sistematicamente a seguinte cronometragem: 15, 30, 60 e 120 minutos após administração da refeição motora. Depois de 1948 verificamos ser dispensável a chapa de 30 minutos e passamos a usar 15, 60 e 120 minutos. Fazendo em fins de 1952 nova revisão de todo o material — normal e patológico — chegamos à conclusão de que a apreciação dos fenômenos que se passam no sistema biliar extra-hepático pôde muito bem ser feita nas chapas de 15 e 60 minutos, dispensando-se a de 120 minutos. De fato, é na primeira hora, após administração da refeição motora, que se desenvolve a fase de maior atividade da vesícula biliar e é este o período mais adequado para o seu estudo. Todas as anormalidades assinaladas aos 120 minutos — agora sabemos — já haviam sido reveladas aos 15 e 60 minutos. Vejamos, porém, os dados:

I. Examinando a curva de esvaziamento da vesícula biliar de 56 indivíduos normais (54 já mencionados em trabalho anterior (11) e mais 2 outros), por meio da refeição de Boyden, fomos encontrar sempre diminuição do volume da vesícula entre os 60 e os 120 minutos.

II. Nestes 56 indivíduos foram assinalados os seguintes dados 120 minutos após a refeição motora:

Desaparição da imagem vesicular —	8	(14%)
Volume residual de 1 a 3 cc	26	(46%)
Volume residual de 4 a 6 cc	22	(39%)

III. O desaparecimento da sombra vesicular é chamado correntemente esvaziamento completo da vesícula. Teoricamente isto é possível. Aachamos, porém, que a vesícula fique reduzida a volume muito pequeno e depois receba bile fresca que vai diluir o resto de bile contrastada, tornando invisível o saco colecístico.

IV. Repassando os casos patológicos, pudemos verificar que nos casos de vesícula hipercinética o esvaziamento já está além do normal aos 15 minutos e a vesícula já não mais se vê aos 60 minutos. De outro lado, nos casos de esvaziamento lento da vesícula, já o fenômeno podia ser descoberto aos 15 e 60 minutos.

V. A chapa de 120 minutos oferecia as seguintes vantagens: (a) confirmação da estase (resíduo de mais de 20% do volume inicial); (b) informação sobre o hipertonus do esfíncter de Oddi, denunciado pelo aumento de volume entre 60 e 120 minutos. Mas as chapas de 15 e 60 minutos já nos fornecem os elementos para julgar.

PADRONIZAÇÃO DA TÉCNICA COLECISTOGRAFICA

Para qualquer estudo sério sobre o funcionamento do tracto biliar é necessário um padrão de trabalho definido e rigorosamente executado. Este padrão inclui os seguintes pontos (12):

1.º) **Dieta prévia.** — Na ante-véspera e na véspera do exame deve o paciente seguir um programa definido de alimentação. O radiologista deve mandar mimeografar ou imprimir a dieta, e entregá-la ao paciente ao ser combinado o exame. De nada valem recomendações verbais neste caso. Eis a dieta:

8 Horas: Uma xícara grande de chá, ou de café (sem leite); torradas ou pão (sem manteiga); geleia de damasco, de marmelo ou de goiaba.

12 Horas: Batatas cozidas em água e sal. Arroz cozido. Massas cozidas em água e sal (spaghetti, aletria, talharim, semolina). Bife de chapa (sem gordura) ou carne cozida; ou frango cozido.

Compotas de pera ou de pêssego. Frutas secas ou frutas cristalizadas. Marmelada, goiabada. Uvas, maçã, pêra, pêssego. Café.

15 Horas: Frutas secas ou frutas cristalizadas. Uvas, maçã, pêra ou pêssego. Café. Chá, torradas sem manteiga, biscoitos "Água", "Maizena" ou "Maria".

18 Horas: Mesmo programa das 12 horas.

Evitar durante estes dois dias: Gorduras (manteiga, óleo de olivas ou qualquer outro óleo, banha, toucinho), ovos, alimentos fritos ou engordurados, carne de porco, leite, queijo, chocolate, nozes, amêndoas, abacate.

A ingestão do meio de contraste deve ser feita após a última refeição. O horário do jantar fica, portanto, relacionado com o do começo do exame no dia seguinte. O tempo decorrido entre a tomada do contraste e o início do exame deve ser de 14 horas.

2.º) **Substância de contraste.** — No começo dos nossos estudos, administrávamos preparados à base de tetra-iodo-fenoltaleína, os quais costumavam ser mal tolerados. Desde que se difundiram os preparados do ácido fenil-iodo-propiónico, de muito melhor tolerância, passamos a usá-los. A dose habitual é de 6 comprimidos de 0.50 após o jantar. Ainda não temos suficiente experiência com o telepaque (ácido iodopanoico (3-amino-2-4-6 triiodo-fenil-2-etil-propanoico).

3.º) **Lavagem intestinal.** — Empregamos a limpeza intestinal, com litro e meio de água fervida, nos pacientes que sofrem de constipação intestinal ou naqueles que não evacuaram na véspera ou no dia do exame.

4.º) **Técnica radiográfica.** — O examinando comparece às 8 horas da manhã em jejum. O radiologista bate chapa de pé e sob compressão (pesquisa de cálculos), e depois coloca o paciente em decúbito ventral, em ligeira obliqua anterior esquerda. Como as chapas de pé dão bom informe sobre o tonus da vesícula, esta exposição deve ser sempre feita. Para determinar a distância entre o plano médio da vesícula biliar e o plano do filme, conforme já descrevemos (2,6), bate o radiologista duas chapas com o paciente na mesma posição: uma com distância foco-filme 50 cms.; outra com distância foco-filme 1 metro.

5.º) **Refeição colecistocinética de Boyden.** — Temos usado sempre a refeição de Boyden: três gemas de ovo desmanchadas em uma xícara de leite, e um pouco de açúcar. Logo após a ingestão da refeição motora deve o paciente deitar-se do lado direito, fletindo as pernas sobre as coxas e as coxas sobre a bacia, afim de facilitar a sua passagem para o duodeno. Acerca da refeição colecistocinética ha o seguinte a ressaltar:

- a) Somente esta refeição deve ser administrada. Não deve o examinando tentar "reforçá-la" comendo pão com manteiga nem outros alimentos gordurosos.

- b) O examinando não deve ser enviado ao café ou bar mais próximo e ali "tomar uma gemada". Pois a gemada somente terá 1 ou 2 gemas, a cronometragem torna-se incerta e o paciente não fica na boa posição mencionada.
- c) Póde ser usado o leite em pó (Klin, Ninho, Nido) na preparação da refeição motora. O proprio paciente póde trazer tres ovos frescos na manhã do exame. A refeição deve ser preparada longe das vistas do paciente: as gemas são separadas e transferidas para um copo pequeno (de 200 centímetros cubicos de capacidade); o leite em pó, medido num copinho de 40 cc, é lançado sobre as gemas; e duas colheres, das de chá, de açúcar refinado. Estes ingredientes são bem revolvidos e mexidos, até homogeneização. Então a agua fria vai sendo adicionada, pouco a pouco — enquanto a mistura é mexida sem cessar — até que se complete o volume de 200 centímetros cubicos. Dois minutos antes do paciente ingerir a refeição, fazemos aquecê-la em agua quente (dentro de um esterilizador comum).

6.º) **Cronometragem da prova motora.** — Como já dissemos, o paciente fica em decúbito lateral direito logo após a ingestão do repasto motor, e a primeira chapa é batida 15 minutos após. A segunda chapa será batida 60 minutos após a ingestão do repasto motor.

7.º) **Estudo das variações de forma e volume da vesícula biliar.** — Tanto as chapas em jejum como as da prova motora serão objeto de minuciosa consideração para a determinação do volume e estudo das modificações da forma, conforme já descrevemos anteriormente (1, 2, 3, 6, 12).

PADRÃO NORMAL

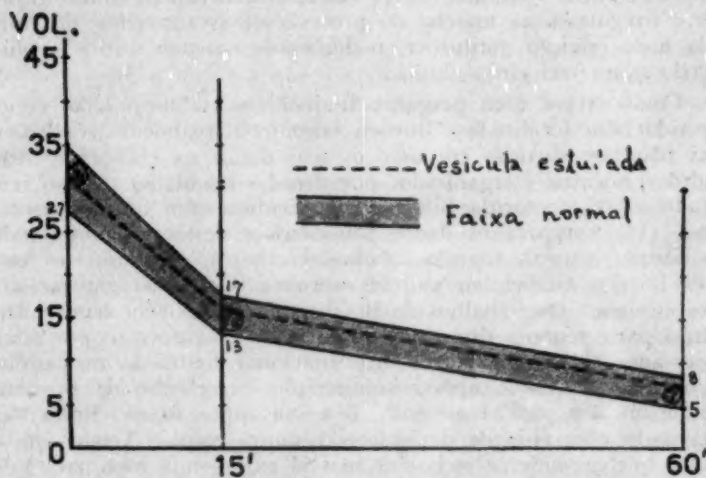
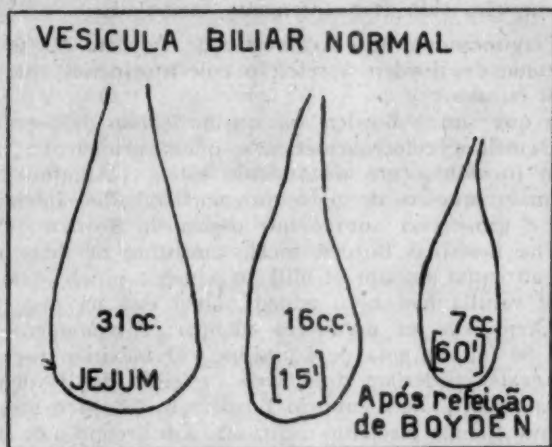
Conforme já mostrámos no estudo de 54 indivíduos normais, confirmando nossos dados anteriores (11), apresenta a vesícula biliar os seguintes característicos:

(a) Volume em jejum, média de 32,1 cc (extremos de 24 e 41 cc); forma de pêra mais ou menos bojuda.

(b) Após administração da refeição de Boyden: aos 15 minutos, volume medio de 16.5 cc (quasi 50% de esvaziamento), com extremos de 11 a 23 cc.; aos 60 minutos, volume médio 7.2 cc (77% de esvaziamento), com extremos de 2 e 13 cc.

Como a média, a mediana e a moda destes 54 indivíduos estivessem muito proximas, foi possível determinar uma faixa nor-

mal, somando alternadamente os grupos abaixo e acima destas marcas, até obtenção da maioria absoluta dos indivíduos examinados (fig. 1). Esta *faixa normal* marca os seguintes limites: Jejum, 27 a 35 cc.; 15 minutos, 13 a 17 cc.; 60 minutos, 5 a 8 cc.



Simplificação do exame colecistográfico feito para estudar o funcionamento do sistema biliar extra-hepático

COMENTARIOS

Antes de traçar alguns comentarios sobre o valor da prova de função motora como meio de estudo dos distúrbios funcionais do sistema biliar extra-hepático, gostaria de responder a perguntas que me têm sido frequentemente formuladas:

(a) Perguntam-me se é realmente de Boyden, ou se é certo ligar o nome de Boyden à refeição colecistocinética que usamos em nossos estudos.

Acho que sim. Boyden foi quem demonstrou ser a gema de ovo o melhor colecistocinético e quem primeiro a usou no estudo do funcionamento da vesícula biliar. Administrava, em verdade, maior número de gemas nos seus trabalhos iniciais. Mas o melhor é transcrever aqui o que o próprio Boyden (13) escreveu: "The modified Boyden meal, consisting of three egg yolks mixed to an equal amount of milk to which a pinch of sugar and a drop of vanilla had been added" Isto está na pag. 122, em baixo. Creio não ser necessario traduzir: é exatamente o que fazemos. Só falta a gota de baunilha. O máximo que os críticos super-exatos poderiam dizer seria "refeição de Boyden sem a gota de baunilha". Se o próprio Boyden diz "Boyden meal" creio que podemos chamar o repasto mencionado de "refeição de Boyden".

(b) Um jovem médico muito estudioso escreve-me: "Se o próprio Boyden reconhece haver variações individuais muito grandes e irregulares na marcha do processo de esvaziamento da vesícula após refeição gordurosa, poderíamos usar tais dados (volumétricos) no raciocínio clínico?"

Como esta é uma pergunta frequentemente formulada, creio ter sido bom focalizá-la. Boyden encontrou, realmente, variações mas não teve duvidas em usar os seus dados na elaboração dos padrões normais (organizados por décadas de idade). E no seu estudo sobre a vesícula biliar dos indivíduos com anemia perniciosa (13), compara os dados volumétricos destes com os dados do padrão normal, tirando conclusões clínicas. Portanto o próprio Boyden estabeleceu padrões normais e os usou em raciocínios clínicos. Os trabalhos de Boyden são muito bem feitos. De minha parte tenho a dizer que em 54 indivíduos normais por mim observados (11), a vesícula mostrou funcionar dentro de um padrão regular de evacuação após administração da refeição de Boyden. Ha, assim, um padrão normal. E a sua aplicação na clinica me tem dado oportunidade de esclarecer muita coisa. Temos ainda muito que aprender e esclarecer mas já existe uma base para julgamento dos fenômenos patológicos que se desenrolam no sistema biliar extra-hepático.

Agora vou mencionar algumas das objeções que me faço a mim mesmo no curso destes raciocínios, pedindo a boa cooperação de

todos os que se interessam pelo assunto afim de pelo menos equacioná-las e tentar resolvê-las.

(a) Até que ponto o ciclo de esvaziamento provocado pela refeição de Boyden pôde informar o estado funcional — normal ou patológico — do tracto biliar?

Já vimos como se comporta a vesícula dos individuos normais. Mas a prova motora pôde não informar sobre estados discinéticos intermitentes, transitorios, ausentes durante o exame colecistográfico. Se a perturbação funcional não é permanente ou suficientemente duradoura para ser revelada, ou se vem apenas periodicamente e por curto periodo, pôde o exame deixar de demonstrar sua existência. Tenho pensado muito em estudar o meio que permita aos radiologistas, no curso do proprio exame, provocar o aparecimento de anormalidades latentes. Este é um bom assunto, sobre o qual já venho trabalhando.

(b) Até que ponto alterações anatômicas do tracto biliar alteram o funcionamento da vesícula biliar?

Temos visto muitos casos de litíase vesicular, com graus pequenos ou moderados de inflamação crônica da vesícula biliar removida pelo cirurgião, nos quais a vesícula esvaziava normalmente seu conteúdo. Sabemos já que os graus mais avançados de fibrose da parede vesicular se acompanham de alterações nitidas do funcionamento da vesícula. Mas qual é o limite, além do qual a inflamação ou a fibrose, ou ambas passam a se manifestar por meio do estudo funcional?

(c) Funcionaria a vesícula biliar cheia de contraste concentrado da mesma maneira que a vesícula cheia de bile normal concentrada? Em outras palavras, não agiria o preparado iodado que administramos ao paciente sobre o tonus e a motricidade da vesícula biliar?

Tem havido vasta especulação sobre este assunto. Cremos ser impossível uma resposta satisfatória a tal pergunta no momento. Pois o unico meio para uso no homem — até agora conseguido para estudo radiológico da vesícula biliar é a sua opacificação por compostos iodados. O mais moderno destes, o telepaque, é também iodado. Se outros meios de contraste de composição química diferente mostrarem, em estudos paralelos, diferenças constantes — aí ficará válida a objeção. Por ora nada impede que empreguemos em nossos raciocínios os dados observados no estudo da vesícula cheia de compostos iodados. Continuemos, pois.

E depois destas tres perguntas gostaria de fazer tres advertências a todos os que estudam estes problemas com espirito construtivo e desejosos de progresso — mas um pouco desatentos a certos pontos:

(a) Não confundir tonus e alterações do tonus da musculatura da vesícula biliar com motricidade, capacidade contractil da

musculatura vesicular em resposta a estímulos colecistocinéticos. Poderíamos dizer: um é estático, outro é dinâmico. Ouvimos e lemos muito frequentemente: vesícula atônica ou hipotônica — porque não se esvaziou após refeição de Boyden. A vesícula pôde ser normotônica e hipocinética ou hipertônica e normocinética, etc.

(b) Levar em conta também a ação da musculatura do duodeno sobre a porção terminal do colédoco nos casos com síndrome radiológico de hipertonia do esfíncter de Oddi. (14) A musculatura do esfíncter do colédoco — que é a principal parte do esfíncter de Oddi — pôde funcionar independentemente da musculatura duodenal. Mas o hipertonus da musculatura duodenal pôde embarçar o fluxo biliar através do colédoco terminal. Não esquecer que o colédoco atravessa a parede duodenal obliquamente e pôde muito bem ser comprimido pela musculatura duodenal hipertônica.

(c) O estudo colecistográfico não vai mostrar somente alterações funcionais do tracto biliar. Está muito enraizada a ideia de que alterações funcionais são fenômenos sem substrato orgânico. Mas não deve ser este o nosso fio condutor dos raciocínios. Através das alterações funcionais verificadas vamos procurar condições inflamatórias, alérgicas, estenosantes ou obstrutivas do sistema biliar extra-hepático.

RESUMO

Apresenta o Autor uma simplificação da técnica colecistográfica feita para o fim de estudar o funcionamento do sistema biliar extra-hepático, insistindo sobre a necessidade de boa metodização.

SUMMARY

The Author presents a simplification of the cholecystographic technic performed in order to study the functioning of the extrahepatic biliary system.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. SIFFERT DE PAULA E SILVA, Geraldo: *A simple method for computing the volume of the human gall bladder*. "Radiology", 52:94-102, Janeiro 1949.
2. O MESMO — *Novos pormenores sobre o processo de determinação do volume da vesícula biliar*. "Rev. Bras. Med.", 5:482-494, Julho de 1948.
3. O MESMO — *Distúrbios motores do sistema biliar extrahepático*. "Brasil Médico", 62:115-128, 20 e 27 Março 1948.
4. O MESMO — *Determinación del volumen de la vesícula biliar y sus aplicaciones clínicas*. "Primera Jornada Pan-americana de Gastroenterología", Buenos Aires, 437-452.
5. O MESMO — *Discinesias biliares*. "O Hospital", 34:633-648, Novembro 1948.
6. O MESMO — *Cálculo do volume da vesícula biliar*. "Brasil-Médico", 62:377-386, 4, e 11 Novembro 1948.

**VITAMINA
C**

Cantana



Abdomen agudo cirúrgico (*)

Faculdade de Medicina da Universidade de SÃO PAULO.

Departamento de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental.

Diretor: Prof. Eurico da Silva Bastos.

DR. AMÉRICO NASSER

Primeiro assistente:

*Chefe do Instituto de Traumatologia e Ortopedia do Hosp. N. Bra.
Aparecida e Casos de Saúde Matarazzo.*

A cirurgia moderna é o resultado de uma gradual evolução dos conhecimentos. As outras ciências desenvolvendo-se trazem também uma contribuição para a cirurgia.

No nosso século podemos dividir a evolução da cirurgia em dois períodos: 1900 a 1936 e 1936 até o presente. O primeiro período foi influenciado pela I Guerra Mundial e pela descoberta da insulina. O segundo período sofreu influência da II Guerra Mundial e do advento das sulfonamidas, antibióticos e transfusões.

A partir de 1940 houve um maior progresso no controle da infecções do que em toda a história da medicina. O uso de antibióticos tornou praticáveis muitos processos cirúrgicos que antes não eram possíveis.

No câncer do intestino, a esterilização dos colons antes da operação tornou possível as grandes operações de ressecção num só tempo. A hospitalização tornou-se mais curta e a mortalidade foi reduzida a um décimo da anterior. A gastrectomia total, a pancreatetectomia total, e a colectomia total podem ser agora realizadas com sucesso.

Os anticoagulantes heparina e dicumarol foram duas grandes descobertas de ação efetiva na terapêutica das moléstias tromboembólicas venosas, diminuindo a incidência e a mortalidade da embolia e trombose pulmonar. A cirurgia cardíaca e vascular tornou-se possível e consideráveis progressos foram feitos.

Os progressos de técnica também têm um papel de relevo na segurança das intervenções — assim, a introdução do tratamento de fraturas pelo prego intramedular, com metais inertes, os bancos de ossos, e os enxertos arteriais, são exemplos.

Melhores métodos e instrumentos na cirurgia plástica e nas transfusões com os bancos de sangue e o uso do plasma são hoje de uso

(*) Aula proferida no curso "Especialização em Clínica" da A.P.M. em 7 de Fevereiro de 1953.

geral. Grandes progressos houve na cirurgia craneana e na cirurgia torácica.

O treino do cirurgião é hoje de grande importância: Ogilvie diz: há 4 estadios na formação de um cirurgião: ele deve ser encontrado (ter vocação), deve ser qualificado, deve ser treinado e deve-lhe ser dada oportunidade.

Por fim, melhores métodos de educação cirúrgica visual têm-se desenvolvido por meio de filmes e televisão com grandes vantagens.

A) CRISES ABDOMINAIS AGUDAS

Annes Dias, na introdução do capítulo referente ao assunto acima diz: "O assunto do qual nos vamos ocupar é tratado quase que exclusivamente em livros de cirurgia, podendo dizer-se que nos livros de clínica médica, quase não se encontra um estudo de conjunto sobre capítulo de tão grande importância prática. Na nossa opinião esta orientação está errada, pois se é verdade que na maioria dos casos é a ação cirúrgica que se impõem não é menos exato que quase sempre é o médico quem primeiro vê o caso e portanto quem sobre ele formulará um juízo clínico. Da boa orientação deste primeiro exame muito dependerá as consequências do caso. E' preciso, pois, que o médico clínico conheça tão bem quanto o cirurgião este problema do diagnóstico clínico".

B) MANEIRA DE ORIENTAR-SE NO DIAGNÓSTICO

O papel do médico prático ante uma afecção aguda do abdômen é de grande responsabilidade: o diagnóstico deve ser orientado em casa do doente, sem auxílio de análises, radiografias e com brevidade, pois de sua decisão, dependerá muitas vezes, a vida do doente.

A importância de um bom diagnóstico patenteia-se neste exemplo de Mondor:

em 10 casos de úlcera perfurada não operados . . .	10	mortes
em 10 ⁹⁹ hemorragia interna extra-uterina não operados		9 ⁹⁹
em 10 ⁹⁹ apendicite perfurada, 4 operados . . .	9	⁹⁹

Em compensação:

em 10 casos de úlcera perfurada operados a tempo.	9	curas
em 10 " " hemorragia interna operados a tempo	10	" "
em 10 " " apendicite aguda operados a tempo.	10	" "

Quando se suspeita de uma afecção aguda cirúrgica do abdômen que possa requerer uma intervenção de emergência e, na dúvida do diagnóstico, o exame do doente deve ser feito de hora em hora não se deixando para o dia seguinte uma decisão oportuna.

E' muito diferente o quadro apresentado pelas afecções agudas cirúrgicas do abdomen no momento do início e quando já são passados algumas horas.

Vejamos as possibilidades de cirurgia nos principais casos de abdomen agudo.

C) ULCERAS PERFURADAS DO ESTÔMAGO E DUODENO (AGUDAS)

Consiste na ruptura brusca da base de uma ulcera gástrica ou duodenal, resultando na saída do conteúdo do estomago ou do duodeno para a cavidade peritoneal.

E' uma complicação atualmente mais ou menos comum. Há 50 anos atrás era muito rara, tendo havido um aumento progressivo de sua incidência nas 3 últimas décadas. E' interessante notar que enquanto no século passado a maioria das perfurações era gástrica, nos nossos dias as perfurações duodenais excedem as gástricas na proporção de 10 para 1, sendo mais freqüente no homem na mesma proporção em relação com as mulheres.

Apesar do grande progresso da cirurgia, a mortalidade relativamente alta durante a ultima década diminuiu muito pouco. Nos melhores serviços ela caiu de 23 a 25% para 13 a 15%. Quanto maior a perfuração e quanto mais idoso o doente, tanto mais alta a mortalidade.

O prognóstico é sempre grave. A perfuração é um processo rápido, mesmo nas ulceras crônicas e é devida a uma ruptura do assoalho da ulcera secundária a um lento processo progressivo de desvascularização. Imediatamente após a perfuração desenvolve-se uma peritonite química, pela ação irritante do conteúdo gástrico e duodenal. E' difícil determinar em quanto tempo se instala uma peritonite séptica pela invasão da cavidade pelos elementos bacterianos. Como termo médio podemos dizer que nas primeiras 6 horas o processo é de uma peritonite irritativa apenas. Entretanto, Davison e col. em 34 casos estudados, encontrou 18% de culturas positivas nas primeiras 6 horas após perfuração e 75% nas segundas 6 horas.

Instala-se a seguir, 36 a 48 horas após, a obstrução intestinal, que representa o estágio paralítico da peritonite.

O diagnóstico apresenta relativamente pouca dificuldade em 90% dos casos. Em poucos pacientes o quadro pode ser atípico.

O tratamento cirúrgico se impõe com a maior brevidade. As operações que podem ser realizadas são as seguintes:

- 1.^a) Sutura simples de perfuração.
- 2.^a) Fechamento de perfuração e gastro-jejunostomia.
- 3.^a) Gastrostomia temporária ou duodenostomia.
- 4.^a) Gastroduodenectomia parcial.

Sutura simples. — Consiste na sutura da perfuração em dois ou três planos de pontos sero-musculares de Lambert, seguida de drenagem da cavidade com dreno de Penrose, podendo-se além disso, prender o epiploon por cima da sutura. É um processo fácil de realizar, sem perigo de provocar estenose do duodeno, rápido, não necessitando o cirurgião ter grande experiência em cirurgia abdominal para realizá-lo evitando uma anestesia muito prolongada e não provocando choque.

O objetivo da operação não é curar a ulcera, mas salvar o paciente nesta emergência. Fazendo-se a sutura, o prognóstico imediato é favorável. A mortalidade varia em várias estatísticas desde 0 a 8 ou 15% (casos operados com mais de 6 horas de perfuração).

Houston, 1946, estudou uma série de 244 casos operados por simples sutura 12 ou mais anos e chegou à conclusão de que a cura sintomática ocorreu em 38% dos casos.

As outras técnicas utilizadas só devem ser realizadas por quem tenha uma certa experiência em cirurgia abdominal.

Tratamento conservador. — Pelo tratamento expectante podemos ter como consequência: 1) a dor abdominal e a defesa desaparecem gradualmente e a ulcera cicatriza ou 2) um abcesso localizado perigástrico ou sub-frênico se forma, podendo romper-se e infectar a cavidade peritoneal toda produzindo uma peritonite séptica.

A sua indicação é nos casos vistos já tardiamente alguns dias após a perfuração, nos muito idosos e com maior risco operatório. Nestes casos deve-se instituir a aspiração contínua do estômago e duodeno (método de Taylor).

D) APENDICITE AGUDA

A apendicite aguda é uma moléstia frequente, traiçoeira e letal. A sua etiologia ainda é matéria de especulação e o sucesso do tratamento depende grandemente do diagnóstico e operação precoces. A apendicite aguda é a responsável por 12% de todas as mortes por moléstias do aparelho digestivo e de 0,65% de todas as mortes registradas na Inglaterra; nos Estados Unidos, Sperling e Myrick calculam o número de mortos em 20.000 por ano.

As mortes que ocorrem em alta porcentagem são devidas: 1) purgativos; 2) demora na consulta ao médico; 3) deficiência do médico prático em fazer um diagnóstico precoce; 4) falta de confiança do doente no diagnóstico precoce; 5) não reconhecimento da gravidade da apendicite; 6) medidas cirúrgicas pouco adequadas e 7) ausência ou tratamento incorreto pré-e-pós-operatório.

A apendicite aguda pode ser classificada com Maingot em: 1) apendicite aguda sem obstrução apendicular e 2) apendicite aguda com obstrução apendicular. Isto porque foi notado que

nos casos em que havia obstrução da luz do apêndice a evolução da moléstia era muito mais rápida, levando à gangrena e perfuração precoces enquanto nos casos sem obstrução, a evolução era mais lenta.

A peritonite localizada ou generalizada, é a mais séria complicação da apendicite. O apêndice pode romper-se em qualquer ponto, mais frequentemente no bordo contro-mesenterial. Após a perfuração, pode-se formar um abscesso localizado na região lombar (abscesso apendicular), na bacia (abscesso pélvico) ou abaixo do diafragma (abscesso subfrênico) ou então há uma peritonite difusa. Os fatores que influenciam a localização da infecção são vários: 1) idade e resistência do paciente; 2) resistência e número de micro-organismos invasores; 3) posição do apêndice e 4) natureza do tratamento empregado.

Os sintomas e sinais são característicos. O tratamento cirúrgico se impõe o mais precoce possível, mesmo nos casos duvidosos.

Tratamento. — A escolha e localização da incisão é de grande importância, pois o apêndice deve ser removido sob visão direta do cirurgião. Deve-se evitar manobras tempestuosas e o cecum e estruturas próximas serão tratados com o máximo cuidado. Bruce afirma com razão que nada varia tanto quanto o sentido de delicadeza do cirurgião. Não há nada mais perigoso que a chamada "pescaria" ou dissecação cega, com os dedos, de um apêndice friável, especialmente quando ele está fixado à parede lateral da bacia. Nestes casos, rompe-se o apêndice e os tecidos retro-peritoneais, os vasos sangram, e a hemostasia é muito difícil pela profundidade e tornando-se imperfeita, sobrevêm complicações operatórias como: peritonite difusa, abscessos, fístulas fecal ou íleo paralítico.

Devem-se reduzir ao mínimo as manipulações intra-cavitárias do apêndice. Uma vez ligado o meso-apêndice, prepara-se uma bolsa para invaginar o côto apendicular no cecum e secciona-se o apêndice, com a maior assepsia possível.

A drenagem da cavidade é desnecessária e possivelmente perigosa quando o apêndice imperfurado foi retirado intacto. Está indicada a drenagem quando existe uma coleção localizada de pus fétido no local do apêndice perfurado.

E) COLECISTITE AGUDA OBSTRUTIVA.

A causa mais comum de colecistite aguda é a obstrução do colo da vesícula biliar ou do canal cístico por um cálculo. Existem, entretanto, casos de colecistite aguda não calculosa no curso de moléstias infecciosas como o tifo, pneumonia, septicemia, etc. São descritas várias formas de colecistite aguda, que entretanto,

representam os vários estadios de um mesmo processo inflamatório. Assim se diz colecistite aguda: catarral, hemorrágica, supurativa, ulcerativa, flegmonosa e gangrenosa.

a) **Patologia.** — Nos estadios iniciais a vesícula aparece distendida, congesta e irritada com inflamação. Suas paredes ficam espessas e edemaciadas e a mucosa como que inchada, hemorrágica ou ulcerada com áreas de necrose. O conteúdo consiste de bile branca, muco, puz amarelado ou sangue decomposto de côr marrom misturado com puz; em geral se encontra como causa a *Escherichia coli* ou *Streptococcus*; e às vezes, o *Clostridium Welchii*. O fígado aumenta de volume, fica de côr vinhosa e friável. No epíplon e porções próximas do estômago e colon notam-se depósitos de fibrina.

Prosseguindo a inflamação, aparecem complicações sérias como gangrena, perfuração ou pileflebite supurativa. A gangrena pode levar à perfuração da vesícula dando uma peritonite generalizada ou um abcesso; é mais comum em pessoas mais idosas provavelmente devido à rigidez vascular. A percentagem dos casos em que sobreveem gangrena varia nas várias estatísticas de 14 a 32%. Quanto à perfuração também não há índice muito certo, varia de 7 a 25%.

A perfuração pode ser aguda ou crônica. Esta última consiste numa fistula interna entre a vesícula e outra viscera, em geral duodeno ou ângulo direito do colon, podendo provocar o conhecido íleo biliar, que nada mais é que uma obstrução intestinal provocada por um cálculo volumoso que migrou da vesícula por uma fistula.

b) **Tratamento.** — O tratamento cirúrgico é o único indicado para a colecistite aguda, variando entretanto as opiniões quanto ao momento ótimo da intervenção. A tendência é de se realizar a operação o mais breve possível, com algum preparo pré-operatório, desde que as condições do paciente suportem um ato cirúrgico grave. O tratamento expectante ou conservador perde atualmente terreno.

Os que defendem a operação precoce acreditam que:

- 1) nos casos de colecistite aguda não se pode prever si as condições do doente vão melhorar ou piorar.
- 2) menos da metade dos casos resolve-se satisfatoriamente com o tratamento conservador; mesmo nestes casos posteriormente haverá necessidade de uma operação para a retirada da vesícula.
- 3) a operação precoce é tecnicamente mais fácil devido às aderências fibrinosas encontradas e que posteriormente se transformam em aderências fibrosas.

- 4) tanto a mortalidade como a morbidade são mais baixas na operação precoce do que na tardia. Glenn dá uma série de 527 pacientes com colecistite aguda submetidos a operação precoce com 13 mortes, percentagem de 2,4%.

O tratamento ideal é a colecistectomia (muitas vezes combinada com exploração de colédoco) pelas seguintes razões:

- 1.^a) O órgão inútil, lesado e infectado é removido.
- 2.^a) A operação feita por cirurgião experiente não apresenta dificuldades especiais.
- 3.^a) uma operação secundária é desnecessária.
- 4.^a) a convalescença é mais curta, com menores complicações, e com menos dor.

Existem fatores entretanto, que aumentam a mortalidade operatória na colecistite aguda e são: 1) a idade do paciente, quanto mais idoso mais grave é a operação. Na estatística de Glenn a mortalidade é de 5,14% nos doentes acima de 50 anos e de 1,13 nos doentes abaixo de 50 anos. 2) sexo, a mortalidade é maior no sexo masculino; 3) duração do ataque agudo. O tempo que vai dos primeiros sintomas até a operação, quanto maior, mais alta a mortalidade. O tempo mais adequado é de 6 a 24 horas. 4) Presença de icterícia. É maior a mortalidade na presença de icterícia. 5) Tipo de operação. A escolha da operação influe na mortalidade. A colecistectomia interrompe o processo inflamatório e evita a gangrena.

A colecistectomia é contraindicada.

- 1.^o) na presença de perfuração e peritonite — é preferível fazer uma colecistostomia com drenagem da cavidade.
- 2.^o) quando é impossível identificar os ductos biliares e os vasos importantes.
- 3.^o) quando a icterícia é devida a um cálculo obstruindo o colédoco. Nestes casos, após retirar os cálculos da vesícula e se assegurar que a bile entra na vesícula deve-se drenar a vesícula — colecistostomia.
- 4.^o) quando as condições do paciente são más, não suportando uma anestesia e operação prolongada.

F) OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA

O sucesso no tratamento da obstrução intestinal aguda depende grandemente de um diagnóstico precoce, tratamento cuidadoso do caso e de uma apreciação exata das consequências do bloqueio. O tratamento não é necessariamente uma laparotomia, pois alguns casos podem ser tratados conservadoramente. Quando o diagnóstico e o

tratamento são precoces o resultado é brilhante, mas quando eles são tardios, a simples remoção da causa de obstrução não é suficiente para prevenir uma terminação fatal.

A obstrução intestinal aguda é dividida em 2 tipos: 1) mecânico e 2) paralítico.

Na obstrução mecânica, o conteúdo intestinal não pode progredir pelo intestino devido a uma obstrução da luz. Pode ser uma obstrução simples ou um estrangulamento. No primeiro há um bloqueio completo à passagem do conteúdo intestinal e no segundo além desta obstrução mecânica há uma obstrução da suplência sanguínea do intestino obstruído.

No ileo paralítico o conteúdo intestinal não passa porque a musculatura do intestino não tem a força necessária para fazê-lo caminhar.

Quanto à causa a obstrução pode ser: 1) mecânica, 2) nervosa e 3) vascular. Wangenstein em seu livro descreve os tipos mais comuns e suas causas e que são, resumidamente, os seguintes:

I — Mecânico.		Tratamento
A — Diminuição da luz.		Operatório, precedido pela sucção para descomprimir, excepto no colon.
1) Compressão da parede do intestino		
a) Congênito	{ atresia imperfuração do anus	
b) Adquirido	{ inflamatório traumático vascular neoplásico.	
2) Obturação.		Sucção e operatório no estrangulamento e obstrução persistente.
3) Compressão externa (bacia e duodeno retro-peritoneal).		
B) — Aderências.	{ Congênitas. Inflamatórias. Traumáticas. Neoplásicas.	
C — Hérnias.	{ Externa. Interna.	
D) — Volvo.		Operatório precoce.
E) — Invaginação.		
F — Falhas no desenvolvimento do intestino.		
II — NERVOSO (fisiológico):		Sucção.
A — Ileus paralítico adinâmico.		
B — " espástico dinâmico.		
III — VASULAR: Trombose, embolia do mesentério.		Operatório precoce.

A mortalidade na obstrução aguda varia com os vários autores, podendo ser dada uma média de 15 a 20%.

Tratamento. — Têm sido provadas de grande valor no tratamento da obstrução intestinal as seguintes medidas: 1) soluções salinas; 2) transfusão de sangue e plasma; 3) descompressão conservadora; 4) inalação de oxigênio e 5) operação.

a) Tratamento da obstrução alta do intestino delgado: — Na maioria dos casos o tratamento é puramente conservador desde que a obstrução é usualmente temporária e o risco de estrangulamento pequeno. O tratamento conservador baseia-se no uso de soluções salinas e descompressão.

1) Solução salina: — elas agem quase especificamente nas obstruções altas do intestino delgado. Usam-se o soro glico-fisiológico. Esta solução é isotômica e é dada endovenosamente em gôta a gôta contínuo, numa dose aproximada de 3 a 4 litros por dia. Isto corresponde a 120 grs. de glicose e 5,4 grs. de NaCl. É essencial anotar os fluidos ingeridos e perdidos para manter o equilíbrio hídrico, de modo a assegurar uma quantidade de urina diária correspondente a 1 litro.

2) Descompressão conservadora: — Drenagem por sucção. Foi Wangesteen o primeiro a utilizar esta descompressão na obstrução intestinal. Com Paine êle demonstrou que pode se obter a desobstrução em casos de aderências pela colocação de uma sonda duodenal ligada a uma sucção contínua. Vários tipos de sonda apareceram como a de Miller-Abbot e a de Cantor.

3) Transfusões de sangue e plasma: — Nos casos de estrangulamento, grande quantidade de sangue se perde na luz intestinal e na cavidade; as proteínas plasmáticas baixam devido à inanição e perda de fluidos; com as transfusões se evita a hipoproteïnemia.

4) Inalações de oxigênio: — Auxiliam no combate à distensão intestinal, melhorando a náusea, diminuindo o pulso e facilitando a respiração; favorecem além disso, nos ferimentos do abdomen, a cicatrização da linha de sutura e combatem o desenvolvimento do choque.

b) Tratamento da obstrução baixa do intestino delgado: — A porção distal do íleum é o lugar mais comumente afetado na obstrução do intestino e é frequentemente associado com estrangulamento externo ou interno. O cirurgião deve tratar o caso, na dúvida, como se existisse estrangulamento, isto é, pela operação imediata, ao lado das outras medidas conservadoras.

c) Tratamento da obstrução do intestino grosso: — São as menos graves, em geral devidas a tumores malignos, diverticulite e fecalomas. O estrangulamento é muito raro, sendo o volvo do sigmoide a causa principal. Dêse modo o tratamento indicado é o conservador até que se estabeleça um diagnóstico. A entubação intestinal não é usada. Quando não se obtém resultado com as lavagens intestinais recorre-se a uma derivação externa — cecos-

tomia que assegura uma descompressão satisfatória. Através a cecostomia podem ser feitas irrigações.

Por fim a laparotomia exploradora tem sua indicação principal no descobrir o agente obstruente e para afastar a hipótese de estrangulamento de alça. Se houver estrangulamento a alça deve ser isolada e exteriorizada e num segundo tempo será feita a anastomose.

O cirurgião deve ser rápido e cuidadoso no tratar as alças intestinais; n ão deve fazer manipulações extensas. Um ponto importante é a escolha do lugar da incisão. Na dúvida, fazemos uma incisão para mediana para umbelical, a principio de pequeno tamanho, para ser alongada se for necessário.

RESUMO

O A. passa em revista as principais afecções cirúrgicas causadoras do abdomen agudo, salientando a importância do diagnóstico precoce e da indicação operatória adequada e rápida. Estuda as úlceras perfuradas do estômago e duodeno, a apendicite aguda, a colecistite aguda obstrutiva e a obstrução intestinal aguda, dando a indicação mais adequada para cada uma delas.

SUMMARY

The chief surgical affection that cause the acute abdomen are studied. The importance of a precocious and of a proper and rapid surgical indication is pointed out. The gastric and duodenal perforated ulcers, the acute appendicitis, the obstructive acute cholecystitis, and the intestinal acute obstruction are studied. The proper treatment for each case is given.

BIBLIOGRAFIA

- BANCROFT, F. W. — 1947 — *Surgical treatment of the abdomen*. J. B. Lippincott Co. Philadelphia.
- BRUCE, G. G. — 1939 — *Diagnosis and treatment of acute appendicitis in children*. Lancet, 1:1247.
- DIAS, A. — 1935 — *Lições de Clínica Médica*. 4.ª Série — 2.ª ed., Livraria do Globo, Porto Alegre.
- DAVISON, M.; ARIAS, L. S. & PILO, I. 1939 — *A bacteriological Study of the peritoneal fluid in perforated peptic ulcer*. "Surg., Gyneco. & Obst.", 68:1017.
- GLENN, F. — 1939 — *Acute cholecystitis*. "Surg. Gynec. & Obst.", 69:431.
- HOUSTON, W. — 1946 — *The aftermath of perforated peptic ulcer*. "Brit. M. J.", 2:221.
- MAINGOT, R. — 1948 — *Abdominal operations*. Appleton-Century — Crofts, Inc. New York.
- MONDOR, H. — 1930 — *Diagnostics urgents. Abdomen*. Masson & Cie.
- MOSELEY, H. F. — 1952 — *Text book of surgery*. The C. V. Mosby Company — St. Louis.
- PAVLOSKY, A. J. — 1941 — *Abdomen agudo cirurgico*. Trad. da 3.ª ed. Arg. 1941, Tomo I, Ed. Guanabara. Rio de Janeiro.
- SPEERLING, L. & MYRICK, J. C. — 1937 — *Acute apendicitis*. Surgery 1:255.
- WANGENSTEEN, O. — 1945 — *Intestinal obstruction*. Ed. 2. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA

TEOFILINA

BENZILFTALATO DE CALCIO

AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.

Aborta, sem exceção, os ataques no seu início.

Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm³
5 " " 10 cm³
5 " " 5 cm³

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina
Cafeína — Salicilato de sódio

ARTRITE DEFORMANTE — GIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10cc. PARA USO ENDOVENOSO

Fabricante :

Silbe H. O. — Amsterdam — Holanda

Distribuidores :

REMEDIA

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

Para a HIPERTENSAO ARTERIAL:

PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm³.



TRATAMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL E SUAS
MANIFESTAÇÕES

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm.3.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm.3.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada sô ou misturada com sôro glicosado.

Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.

RUA FERNÃO DIAS, 82 — SÃO PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo

Sessão de 28 de janeiro de 1953

Presidente: Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO

Homenagem ao Prof. Benedito Montenegro. — Abrindo a sessão, o prof. Felício Cintra do Prado, presidente da Sociedade, pronunciou breve discurso, congratulando-se com o prof. Benedito Montenegro pela sua eleição à presidência da A.P.M., e convidou-o para dirigir os trabalhos da reunião. Em nome da Sociedade falou a seguir o prof. Mário Degni, que saudou o novo presidente da Associação Paulista de Medicina, lembrando as principais fases da carreira profissional do prof. Montenegro e a sua relevante influência na formação da escola de cirurgiões brasileiros.

Diagnóstico e tratamento do câncer do estômago. — O primeiro orador da noite foi o dr. José Carlos Vinhais, docente de Clínica Cirúrgica e cirurgião da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que focalizou o

problema do diagnóstico e tratamento do câncer gástrico, utilizando-se, para isso, dos dados da literatura médica e da análise de 154 casos dessa neoplasia, tratados na sua clínica hospitalar.

Começou o ilustre médico do Rio de Janeiro por estudar os elementos essenciais sobre os quais se deve fundar o diagnóstico precoce da doença, condição indispensável para que se possa obter o maior número de casos curados. Para análise de seus casos, pôs em relêvo a quase inexistência de elementos que sirvam de base para um diagnóstico clínico seguro. De modo geral, a doença atinge, de preferência, os indivíduos da 4.^a e 5.^a décadas da vida, podendo, todavia, manifestar-se em pessoa de qualquer idade. Os sintomas se apresentam, de início, disfarçados como indigestões, náuseas, leves dores de estômago, falta de apetite e emagrecimento,

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSE



AMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

Fabricado no Brasil com licença especial do LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA - PARIS
pelos LABORATORIOS ENILA S. A. — Rue Riachuelo, 242 — Caixa Postal 484 — RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

que via de regra de pequena intensidade, não chamam a atenção do paciente de modo especial. Em alguns casos, o período inicial da moléstia não apresenta qualquer sinal de sua existência e apenas se manifesta tardiamente, quando não é mais possível tentar qualquer tratamento. Outras vezes, e esses são os casos menos infelizes, a doença desde o começo caracteriza-se por sintomas gástricos exuberantes, obrigando o paciente a procurar o médico em tempo hábil para o tratamento. Na maioria dos casos, infelizmente, os sinais de alarma do câncer do estômago não são suficientemente fortes para atrair a atenção do paciente de maneira capaz de conduzi-lo ao médico. Este sómente é convencido após semanas e mesmo meses, com a agravação progressiva de seus padecimentos. Esta perda de tempo é a responsável por grande número de casos irremediavelmente perdidos e que poderiam ter sido salvos se o diagnóstico da doença tivesse sido feito quando começaram os primeiros sintomas. Na fase inicial, em razão da escassa e não característica sintomatologia, até os médicos mais experimentados podem-se enganar em relação à natureza maligna da afecção. E' por isso aconselhável o exame radiológico do estômago em todos os pacientes cujos sintomas frustos não permitem excluir a possibilidade de tumor maligno.

Em seguida, passou o visitante a examinar os elementos radiológicos que conduzem ao diagnóstico da doença, documentando as suas asserções com abundante e interessante material radiográfico de sua clínica. As conclusões a que chegou, após esse exame, mostram que o diagnóstico radiológico, do mesmo modo que o clínico, nos casos avançados não oferece qualquer dificuldade, mas infelizmente essa facilidade de diagnóstico não beneficia o paciente já inoperável. Em contraposição, o diagnóstico radiológico do câncer inicial, que é naturalmente o que interessa ao doente, apresenta uma série de dificuldades que só os bons radiologistas podem superar. De modo geral, os erros de diagnóstico radiológico do câncer inicial andam pela casa dos

10 % dos casos examinados, sendo o maior contingente de causas de erro trazido pelos casos de câncer do estômago, que simulam uma úlcera, e que com este diagnóstico são tratados clinicamente.

Os problemas terapêuticos foram analisados pelo dr. Carlos Vinhais à luz dos resultados cirúrgicos obtidos em seu Serviço e pelo exame das estatísticas de grandes centros médicos. O único tratamento eficaz é a cirurgia radical, com extirpação em bloco de todos os tecidos afetados e o número de casos em que é possível ainda realizar uma operação completa está longe de ser satisfatório. Para que se atingisse esse objetivo, seria necessário que os pacientes fossem operados precocemente, o que não constitui a maioria dos casos. O orador apresenta as suas estatísticas e salienta a necessidade de se fazer o diagnóstico da doença o mais cedo possível, a fim de se poder melhorar os resultados terapêuticos.

O segundo orador foi o dr. Paulo de Almeida Toledo, cuja experiência em radiologia do estômago é das maiores de nosso meio. Concordando com as conclusões do dr. Vinhais em relação à possibilidade de erro do diagnóstico radiológico do câncer do estômago, acentuou o dr. Paulo Toledo a necessidade de ser esse exame feito por um radiologista cuidadoso e experimentado, pois a maioria dos diagnósticos radiológicos errados são consequentes a exames insuficientes em relação ao seu apuro ou a competência do radiologista. Realmente, diz o orador, se é possível fazer diagnósticos de úlceras do tamanho de uma cabeça de alfinete, como se explica que lesões cancerosas, embora incipientes, porém muito maiores possam passar despercebidas. Corroborando as suas asserções, exhibe uma série de radiografias em que se pode demonstrar que lesões grandes, que poderiam ser tomadas por câncer, são na realidade úlceras benignas, radiologicamente dignificáveis em virtude de outros sinais gástricos, que acompanham a doença ulcerosa. Em oposição a estes, há casos em que a lesão ainda é pequena e poderia ser tomada como uma úlcera, mas que em exame mais cuidadoso, mostra sua

Hormônio androgênico

PERANDREN

M. R.

O seu campo de aplicação compreende não só os sintomas próprios da insuficiência testicular, mas também uma série de transtornos extragenitais. Na mulher, o Perandren é ainda indicado como hormonoterapia paradoxal.

Empôlas (solução oleosa)

de 5, 10, 25 e 50 mg

Vidros-empôlas (solução oleosa)

de 10 cm³ com 500 mg

Empôlas cristalíferas (suspensão aquosa)

de 50 mg

Linguetas (comprimidos sublinguais)

de 5, 10 e 25 mg

Pomada a 4 por mil

Bisnagas com 25 g

Comprimidos para implantação

de 100 mg



PRODUTOS QUÍMICOS **Ciba** S. A.

verdadeira natureza maligna. Nos casos duvidosos, pode-se tentar o chamado tratamento de prova, durante 20 ou 30 dias, no fim dos quais o paciente deve estar clinicamente melhorado e o exame radiológico deve mostrar uma acentuada involução da lesão, se se trata de úlcera e um estacionamento ou agravamento da lesão, se se trata de câncer.

Falou a seguir o dr. Arruda Botelho, do Hospital São Paulo, que encarou o exame endoscópico do estômago para o diagnóstico do câncer gástrico sob um prisma eminentemente prático. Tratou das limitações do método e das dificuldades do diagnóstico endoscópico devido à própria natureza do exame. Quando é possível fazer-se uma biópsia em tecido canceroso, em virtude da sede acessível dessa lesão, a endoscopia pode fornecer um diagnóstico seguro, mas nos casos em que o endoscopista só pode fundamentar-se no aspecto do tumor, os erros de diagnóstico são possíveis na mesma proporção que o exame radiológico. Após mostrar uma série de aspectos do achado endoscópico, o orador termina sua exposição dizendo das dificuldades com que luta o endoscopista em nosso meio, que ainda não se habituou com o exame endoscópico de rotina e que somente compreende esse tipo de exame em casos duvidosos que a clínica e a radiologia não puderam resolver. Nestas condições é de se esperar que o exame endoscópico apresente maior porcentagem de erros em relação ao número de exames realizados.

Postos em discussão os trabalhos dos relatores, falou primeiramente o

prof. Mário Degni, acentuando que o problema do diagnóstico precoce do câncer gástrico encontrava-se atualmente na mesma situação de há 5 anos. Persistiam dúvidas e incertezas, o que era de se lamentar, diante daquele conceito, sempre exato, de que o resultado do tratamento, depende de um diagnóstico precoce. O dr. Moretzsohn de Castro manifestou a mesma opinião. O dr. João de Lorenzo comentou alguns pormenores de técnica operatória, declarando ser também partidário da gastrectomia subtotal em quase todos os casos.

Encerrando os debates, e depois de agradecer a homenagem que lhe prestava a Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição, o professor Montenegro discorreu longamente sobre o assunto, fazendo, entre outras, as seguintes considerações: Deve-se insistir em utilizar todos os meios possíveis para se estabelecer o diagnóstico precoce do carcinoma gástrico, no entanto é forçoso reconhecer que ainda não existe meio algum capaz de alcançar esse desiderato. Isso, em parte, é devido à natureza traiçoeira do mal que, na maioria dos casos, desenvolve-se silenciosamente. Os resultados terapêuticos dependem em parte da execução de uma boa técnica operatória, que elimine todos os tecidos suspeitos, especialmente os gânglios linfáticos e os seus canais tributários. O conhecimento exato desses linfáticos é indispensável para a execução do ato cirúrgico. No que se refere a gastrectomia total versus subtotal, deve ser preferida, desde que se possa deixar apenas tecido são, mesmo que sejam apenas 3 ou 4 centímetros de estômago.

Sociedade Médica São Lucas

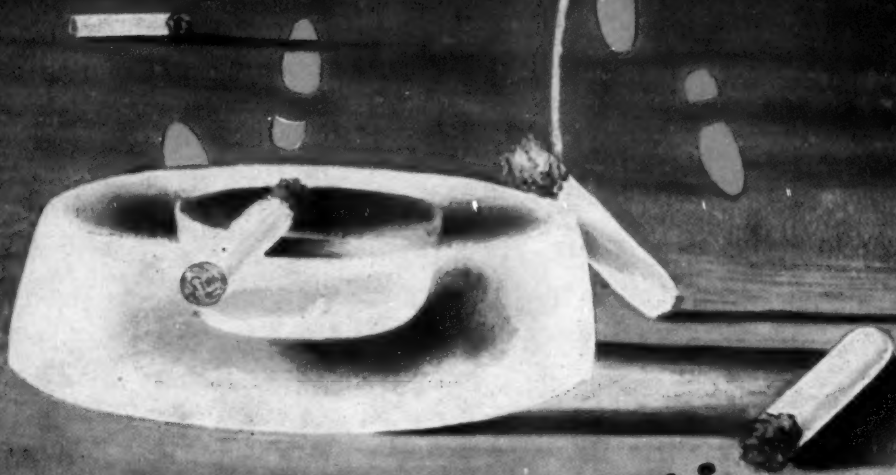
Sessão de 5 de janeiro de 1953

Presidente: Dr. CESÁRIO TAVARES

IV Congresso Interamericano de radiologia. — Dr. José Maria Cabelo Campos. O orador discorreu sobre o IV Congresso Interamericano de Radiologia realizado no México em no-

vembro de 1952. Referiu-se inicialmente às delegações que compareceram, depois aos trabalhos apresentados e por último a exposição de material radiológico, em que havia

INSONIA



maracugina

maracugina

composta



Complexo estabilizado de plantas tipicamente brasileiros
 Extratos Flúidos de: Maracujá - Mulungú - Crataegus e Casemirã
 Sedativo do sistema nervoso nos estados decorrentes de excitação
 Proporciona um sono calmo e tranquilo, sem deprimir o organismo
 Calmante ideal para todas as idades

- * Sabor agradável
- * Não é tóxico
- * Não cria o hábito
- * Pode ser usado em altas doses

VIA ORAL — 3 colheres das de chá por dia
 Vidros de 150 cm³

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SENHORES CLÍNICOS

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

Rua São Luiz, 161 - Fone 35-3141 - Caixa Postal, 8.086 - São Paulo - Brasil

muita novidade. O orador citou o trabalho que apresentou sobre tumores do abdome. Interessante foi uma sessão de diagnóstico mediante a apresentação de radiografias, sobre as quais todos deram opinião. As aortocardiografias que apresentou despertaram atenção. A parte social foi muito ativa e, como prova, o orador fez rodar um filme colorido de aspectos mexicanos.

Comentários: O dr. Fernando Chamas salientou o esforço desenvolvido

pelo dr. Cabelo Campos em prol do renome da nossa ciência médica.

O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se a carta lida na última sessão sobre a atuação do dr. Cabelo Campos, no México.

II Congresso Brasileiro de Proctologia. — Dr. Cesário Tavares. O orador discorreu sobre o II Congresso Brasileiro de Proctologia, realizado em Ribeirão Preto, ao qual compareceu como representante da Sociedade Médica São Lucas.

Sessão de 19 de janeiro de 1953

Presidente: Dr. CESÁRIO TAVARES

Homenagem ao Dr. Nogueira Martins. — O presidente comunicou que na homenagem recentemente prestada ao ex-presidente da Sociedade Médica São Lucas, Dr. Nogueira Martins, na Liga Paulista contra a Tuberculose, a Sociedade foi representada pelo dr. Paulo G. Bressan.

A cirurgia torácica na Itália. — Dr. Moacyr Boscardin. O orador leu as suas impressões sobre o seu recente estágio na Itália. Referiu-se inicialmente ao Centro Cardiovascular organizado pelo prof. A. Mário Degliotti em Turim. Descreveu como funciona esse Centro e enumerou as intervenções que ali assistiu. Referiu-se também as outras atividades cirúrgicas que presenciou em Turim, inclusive experiências de métodos cirúrgicos em cães. A intervenção sob congelação e hipopressão apresenta certas vantagens e está sendo utilizada. Depois o orador referiu-se ao Serviço do prof. Monaldi em Nápoles, onde teve agasalhadora recepção e onde pôde intervir em dois doentes, fazendo método da aspiração endocavitária de Monaldi, cuja técnica especificou, segundo a orientação do Sanatório Principe do Piemonte. Sobre a hibernação artificial fez observações em Paris e sobre o assunto oportunamente falará nesta Sociedade.

Comentários: Dr. Nogueira Martins. Referiu-se aos trabalhos do prof. Vincenzo Monaldi e aos resultados

que vem obtendo com a aspiração endocavitária.

Dr. Eurico Branco Ribeiro. Referiu-se ao processo MacDorvel da punção cavitária e instilação de Gadusan, parecendo-lhe anterior ao processo de Monaldi.

Dr. Ademar Albano Russi. Referiu-se à persistência de fístulas.

Dr. Oswaldo Melone. Pediu informações sobre a maneira de obter-se a hibernação, obtendo do dr. Boscardin os esclarecimentos pedidos.

Acidente fatal hemolítico. — Drs. Oswaldo Melone, F. Ottensooser e Arthur Biancalana. O primeiro em seu nome e em nome dos demais colaboradores apresentou um caso de acidente hemolítico ocorrido em paciente que veio a falecer no Sanatório São Lucas. Descreveu o caso com pormenores, assinalando os sintomas apresentados e a conduta que orientou a assistência à doente. Narrou o que se fez para esclarecer o caso. A enferma faleceu no 8.º dia, em uremia, de acidente cerebral, conseqüente, por certo, da transfusão incompatível. Em 1929 a paciente recebeu sangue de 4 doadores e três deles foram agora examinados e o dr. Ottensooser expoz como pôde esclarecer o caso. Tratava-se de sensibilização remota por fator Kel. Há três casos semelhantes até agora referidos na literatura mundial. Dos doadores de 1929, dois tinham fator

Kel positivo, explicando a sensibilização da doente. Entre 64 pessoas examinadas em São Paulo, encontrou 4 com fator Kel positivo, todas dando aglutinação com o soro da paciente. O fator Kel foi identificado em 1946, em caso de eritroblastose não dependente do fator Rh.

Comentários: O dr. Adhemar Russi acentuou a importância da tipagem num serviço de transfusão; salientou o valor da prova cruzada e referiu-se ao recurso do rim artificial.

Dr. F. Ottensooser analisou a prova direta e valorizou a prova de Kunz.

Dr. Oswaldo Melone. Precisou as indicações do estabelecimento do rim artificial.

O processo Sonlleithner de fechamento do peritônio. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. A propósito do processo de Sonlleithner de fechamento do peritônio, o dr. Eurico Branco Ribeiro notou que o mesmo processo, de há tempos usados em São Paulo, foi agora divulgado pelo prof. Conrado Zukermann do México.

Ao encerrar a sessão, o presidente salientou a presença no recinto do prof. Atlântico Cortez.

Sessão de 31 de janeiro de 1953

Presidente: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

14.º aniversário do Sanatório São Lucas. — A fim de comemorar a passagem de mais um aniversário do Sanatório São Lucas, realizou-se uma sessão conjunta da Sociedade Médica São Lucas com o Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. A sessão foi aberta pelo dr. Cesário Tavares, que proferiu um discurso sobre a solenidade. Passou depois a presidência ao dr. Eurico Branco Ribeiro, mestre do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, que salientou a cooperação entre sociedades médicas realizando reuniões em conjunto.

Novos membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. — Deu depois, posse aos novos membros estaduais do Colégio, drs. Nelson Libero, Nicolau Moraes Barros Filho, Antônio Delmanto, Paulo G. Bressan e Waldemar Machado, e aos aspirantes drs. Henrique Arouche de Toledo, Renato Trivela, Trieste Smanio, Ademar A.

Russi, Moacyr Boscardin e Domingos Lerário. Falou saudando os novos membros o dr. Edgard Braga e respondeu em nome deles o dr. Nelson Libero.

O Santuário de Esculápio em Epidáuro. — Prof. Raul Briquet. A seguir o orador proferiu uma conferência intitulada "Considerações em torno do Santuário de Esculápio em Epidáuro". O orador aprofundou-se em exposições sobre o que era e o que é o tradicional sítio do oráculo de Asclépio e alongou-se em digressões sobre costumes, arquitetura e história da Grécia no tempo de Esculápio. A conferência foi calorosamente aplaudida pelo auditório que enchia o salão da biblioteca do Sanatório São Lucas.

Epidáuria. — Encerrando o Programa, o dr. Edgard Braga recitou uma poesia de sua autoria, intitulada "Epidáuria".

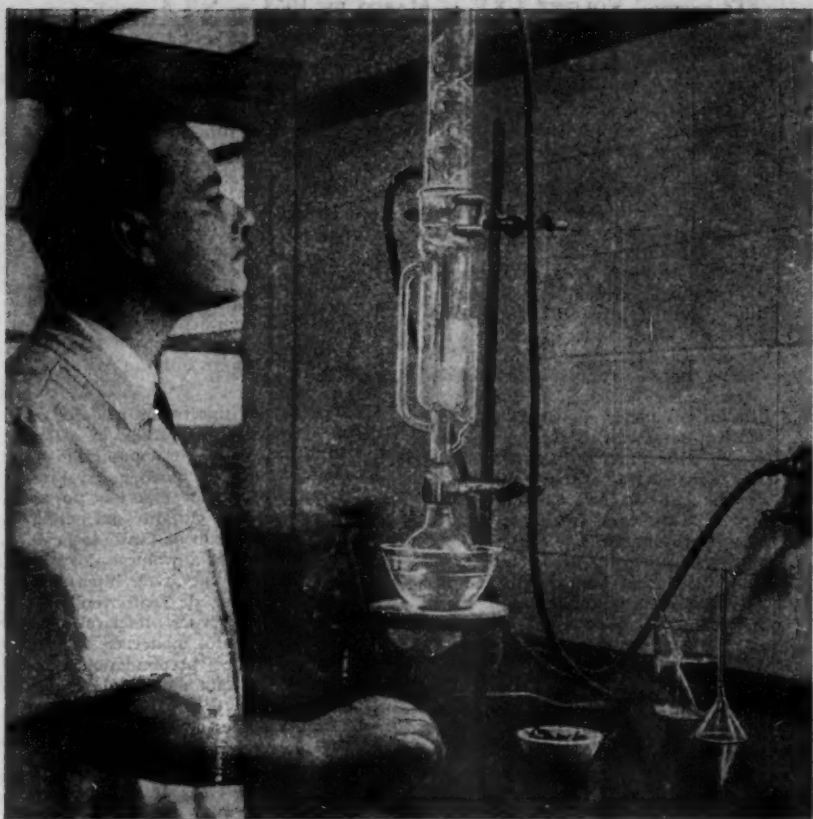
Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Sessão de 1 de outubro de 1952

Presidente: Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO

Quadro auscultatório das lesões congênitas e adquiridas. Insuficiência mitral. Conceito moderno sobre sua significação e gravidade. — Dr. Horá-

cio Kneese de Mello. — O orador inicia sua palestra lembrando as fases da revolução cardíaca e a gênese dos ruídos auscultatórios nor-



É PRECISO SER PURO!

Pureza — máxima pureza — é o que exigimos da massa adesiva do Esparadrapo Johnson. A fim de verificar que a borracha empregada na fabricação é livre de impurezas, nossos laboratórios especializados executam o teste de solubilidade. Cada amostra é submetida a 16 horas ininterruptas de provas, só sendo aprovada depois de satisfazer aos nossos requisitos rigorosos, muito superiores aos padrões internacionais estabelecidos pela U. S. P. Esta é apenas uma das muitas provas feitas em nossos laboratórios, para que o Esparadrapo possa merecer a marca Johnson.

Johnson & Johnson

mais. Analisa os componentes auricular, muscular, valvular, e vascular da primeira bulha e recomenda sobre o assunto o trabalho de *Orias e Braun Menendez*. Fala a seguir da segunda bulha e do terceiro ruído fisiológico do coração. Passando ao estudo dos ruídos patológicos diz que há relativamente pouca coisa a acrescentar-se aos conhecimentos tidos como clássicos. Cuidando da permanência do canal arterial analisa o sopro contínuo, característico das lesões congênitas e aquele que aparece por interferência da cirurgia, após a realização da conhecida operação de *Blalock-Taussig*. Na coarctação da aorta focaliza os caracteres do sopro sistólico, audível nas costas, e que parece prolongar-se, segundo *Evans*, até a segunda bulha. Na estenose pulmonar, comenta a existência do sopro sistólico e a presença freqüente de um terceiro ruído, fato este observado em nosso meio pelo Dr. *Silvio Borges*, em alta incidência. Na comunicação inter-auricular são analisados o sopro sistólico e o freqüente desdobramento da segunda bulha.

Quanto à insuficiência aórtica, diz não haver nenhuma novidade, estudando, então, o sopro diastólico e o sopro de *Flint*, cuja raridade na clínica proclama. Na insuficiência tricúspide, é esmiuçado o sinal descrito pelo autor *Rivero Carvalho*: o sopro sistólico, audível próximo ao apêndice xifoide, e que se intensifica na inspiração. Na estenose mitral, diz o orador que pouca coisa há que acrescentar-se às noções correntes; estuda o ruflar diastólico, os vários tipos de sopro, o proto-diastólico, o pre-sistólico, o sopro de *Graham-Steel* da insuficiência pulmonar relativa, deitando-se neste último para ressaltar-lhe a importância atual em face da cirurgia da válvula mitral.

Quanto à insuficiência mitral, lembra o expositor as discussões existentes sobre o valor semiológico do sopro de pequena intensidade; sem outras anomalias radiológicas e eletrocardiográficas merecem pouca significação e não devem ser considerados patológicos. No tocante à insuficiência mitral como lesão reumática resalta a freqüente associação com a estenose e a significação disto para os efeitos

cirúrgicos; cita a seguir, o trabalho de *Blond e Duckett-Jones*, cujo valor exalta, calcando sobre a observação de 1000 casos durante 20 anos e que vem mostrar os variados tipos de evolução que pode apresentar o sopro sistólico mitral. Termina o orador a sua exposição mostrando as possíveis alterações deste sopro durante a vigência e evolução da cardite reumática.

— O trabalho é, então comentado pelos Drs., *Arão Schwartz*, Prof. *Cantídio de Moura Campos* e *Cantídio de Moura Campos Filho*.

Curvas de hipertrofia nas derivações clássicas e precordiais. — Dr. *Cantídio de Moura Campos Filho*. O orador declara de início que vai relatar alguns pontos especiais do assunto observados durante sua permanência no Instituto de Cardiologia do México. Refere-se a evolução dos conceitos sobre as curvas de hipertrofia desde os trabalhos de *Einthoven Lewis* até os atuais. Diz ser preferível à luz dos conhecimentos modernos, falar-se em curvas de preponderância esquerda ou direita em vez de curvas de hipertrofia. Cita experiências que realizou em cães e mostra as dificuldades de diferenciação entre aspectos eletrocardiográficos de hipertrofias e bloqueios. Analisa as alterações eletrocardiográficas aproveitáveis na interpretação, tais como o desvio do eixo elétrico *aQRS*, o índice de *Lewis*, as alterações secundárias de *T*, o eixo de *P*, a deflexão intrínseca etc. Focaliza ainda as possíveis discordâncias entre as derivações clássicas e as precordiais e mostra que estas últimas são mais úteis que as primeiras no reconhecimento das hipertrofias. Fala por fim nos trabalhos realizados por *Cabrera* e colaboradores e sobre o seu conceito de sobrecargas sistólicas e diastólicas mediante as quais aqueles autores procuram explicar fatos clínicos e eletrocardiográficos. Para terminar faz a análise de numerosos eletrocardiogramas e mostra a aplicabilidade e o real valor dos conceitos emitidos por aqueles autores mexicanos. O trabalho é a seguir comentado pelos Srs. Drs. *Paulo de Almeida Toledo* e *Oswaldo Ramos*.

**NAS AFECÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
DO FÍGADO, RESPECTIVAMENTE,
HEPATOXIDIN E NIACINAMIDA
PINHEIROS**

**NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DA ARTERIOSCLEROSE,
P. O. L.
(PRINCÍPIOS OXI-LIPOTRÓFICOS)
PINHEIROS**

Sessão de 2 de outubro de 1952

Presidente Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO

Radiologia cardíaca; Aspectos radiológicos das lesões congênitas. — Dr. Oswaldo Ramos. Diz o orador que vai analisar os elementos que a radiologia pode conceder para fins diagnósticos e prognósticos em face do grande progresso que alcançou e que lhe permitiu analisar cada uma das cavidades cardíacas. Após rápida alusão ao valor comparativo entre a clínica, a radiologia e a eletrocardiografia, realça a superioridade da *fluoroscopia* e encarece a necessidade da existência de uma sistematização deste exame, citando a seguir aquela de que faz uso. Passa a estudar então, os quadros radioscópicos das sobrecargas esquerdas e direitas, exibindo documentação radiológica de casos de: insuficiência aórtica; insuficiência aórtica associada à estenose mitral; hipertensão arterial; *nefrosclerose maligna*; permanência do canal arterial e *coarctação* da aorta; estenose pulmonar pura; estenose pulmonar tipo Fallot e a comunicação interauricular. Terminada a exposição tece-lhe comentários o Dr. Cantídio de Moura Campos Filho.

Angiocardiografia. — Prof. Paulo de Almeida Toledo. O orador inicia a sua dissertação reportando-se à comunicação anterior do Dr. Oswaldo Ramos, demonstrando que a angio-

cardiografia vem completar e comprovar os achados de Fluoroscopia. Mostra os grandes progressos alcançados pelo novo método e as progressivas facilidades de sua técnica preconizados, por isso, para breve o seu emprego rotineiro em cardiologia. Descreve rapidamente os princípios de técnica que adota e realça a utilidade do uso prévio da injeção endovenosa de novocaina. Exibe, então, alguns angiocardíogramas normais para depois passar a mostra-lus, *detrogramas* e *levogramas*, em cardiopatias congênitas e adquiridas. E assim, vai exibindo os documentos angiocardiográficos dos estados seguintes: comunicação interauricular; *tetralogia* de Fallot; síndrome de Bernheir; permanência do canal arterial; estenose mitral; fibrose pulmonar; quadros da patologia aorta torácica e de alterações do sistema venoso; e síndrome de Lutembacher. O orador chama a atenção para os nefrogramas obtidos pela angiocardiografia e mostra a aplicabilidade do método para a exploração radiológica dos rins.

— Comentam o trabalho os Srs. Drs. Oswaldo Ramos, Felipozzi, Cantídio de Moura Campos Filho, Prof. Jairo Romas, e Italo Domingos Le Voci, aos quais o expositor dá, em seguida, os esclarecimentos solicitados.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Combate ao Câncer, sessão de 15 de janeiro de 1953, ordem do dia: Continuação do estudo sobre o câncer da pele.

—, sessão de 30 de janeiro de 1953, ordem do dia: Apresentação e discussão de casos clínicos em curso de tratamento.

Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose, sessão de 31 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. A. C. Moraes Passos — Reabertura de perfuração pleuro-pulmonar pelo emprêgo local

da estrepto-kinase e strepto-dornase; 2) dr. Geraldo Salomon — O uso da estreptomina por via parenteral, oral, só ou combinada a isoniazide, na Secção de homens do Dispensário da Tuberculose de Pinheiros.

Centro de Estudos de Oftalmoloia, sessão de 13 de janeiro de 1953, ordem do dia: dr. Alcides del Cielo — Fisioterapia em Oftalmologia; 2) dr. Alcides S. Blois — Tratamento médico do glaucoma.

—, sessão de 20 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. Waldemar Nei-

MEDICAÇÃO ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR

URILENE CARDIORENAL

DRÁGEAS

com RUTINA

Salicilato duplo de teobromina e sódio.....	0,20 g.
Acetato duplo de teofilina e sódio	0,10 g.
Cila em pó	0,05 g.
Rutina	0,02 g.
Fenil-etil-malonilureia	0,01 g.
Excipiente q.s.p. 1 drágea	

**DIURÉTICO. CARDIOTÔNICO.
ANTI-DISPNEICO.**

Afeções Cardio-Renais.

**NORMALIZADOR DA FRAGILIDADE
CAPILAR.**

**Rupturas vasculares na hipertensão e
arterioesclerose.**

URILENE PAPAVERINA

DRÁGEAS

Cloridrato de papaverina.....	0,03 g.
Teobromina — salicilato de sódio.	0,20 g.
Teofilina acetato de sódio	0,10 g.
Fenil etil-malonil-uréia	0,01 g.
Cila (pó)	0,05 g.
Excipiente q.s.p. 1 drágea	



**ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR
DILATADOR DAS ÁTERIAS CORONÁRIAS**

**Afeções agudas e crônicas das artérias
coronárias. Fase luncional da hipertensão.
Afeções das artérias periféricas (trombose
e embolia). Angioespasmos cerebrais.**

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • R. RIACHUELO, 242 • C. P. 484 • RIO

meyer — Vitamina em oftalmologia; 2) dr. Gino Berretini — Cortisone e ACTH em oftalmologia.

—, sessão de 23 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. Gino Berretini — Tratamento das uveítes; 2) dr. Waldemar Niemeyer — Tratamento das afecções do nervo ótico.

Centro de Estudos da Santa Casa de Baurú, sessão de 16 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. Heloi L. Lopes — Considerações sobre o V Curso teórico-prático de laringologia e broncoesofagologia; 2) dr. Olegário — Esquistossomíase mansônica como fator cirrótico; 3) dr. Nicola Gabriele — Cura da varicocele pela técnica de Eurico Branco Ribeiro; 4) dr. Arnaldo Prado Curvello — Reestruturação do Serviço do Pronto Socorro Parte Administrativa.

Hospital Juquery, sessão de 16 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Psicose por lesão cerebral — Pneumonia lombar; 2) Oligofrenia — Encefalopatia infantil; 3) Esquizofrênia — Tuberculose pulmonar; 4) Eclampsia. Exposição clínica pelos Drs. R. Tomchinsky, Ângelo Caiarsa, Milton Sabbag e Jairo de A. Silva.

—, sessão de 24 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Paralisia geral — Pneumonia lombar; 2) Epilepsia — Edema cerebral; 3) Episódio psicótico na imbecilidade — Tuberculose pulmonar; 4) Alcoolismo crônico — Pneumonia lombar. Exposição clínica pelos Drs. Catão Bastos, Moacyr Jorge, Milton Sabbag e Anthero Barradas Barata.

—, sessão de 31 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Síndrome epilético — Vôlvo intestinal; 2) Moléstia de Alzheimer; 3) Esquizofrênia — Disenteria bacilar; 4) Glomerulonefrite aguda — Edema pulmonar. Exposição clínica pelos Drs. Stanislaw Krynsky, Spartaco Vizotto, R. Ricupero e Jorge Cozzolino.

Manicômio Judiciário, sessão de 16 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Furto. Surto delirante e alucinatório em personalidades psicopáticas — dr. Paulo Fraletti; 2) Furto. Debilidade mental — dr. Ernani Bernardinelli; 3) Furtos. Esquizofrênia — dr. Carlos

Mesquita de Oliveira; 4) Estupros e homicídios. Personalidade psicopática — José Conceição Ferraz de Sales; 5) Homicídio. Delírio de ciúme e perseguição — dr. Henrique Levy.

—, sessão de 23 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Uxoricídio. Delírio de ciúme — dr. José Conceição Ferraz de Sales; 2) Furtos. Ausência de perturbação mental — dr. Tarcísio Leonce Pinheiro Cintra; 3) Agressão. Alcoolismo — dr. Ernani Bernardinelli; 4) Estupro. Personalidade psicopática — dr. Maurício Levy Junior; 5) Homicídio. Embriaguez patológica — dr. Paulo Fraletti.

—, sessão de 30 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Exame de sanidade mental negativo — dr. Maurício do Amaral; 2) Homicídio. Esquizoidia com reações hiperestésica — dr. Tarcísio Leonce Pinheiro Cintra.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, sessão de 19 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria; 2) Dr. J. Rebelo Neto — Afecções da língua que interessam ao cirurgião plástico; 3) dr. Raul Loeb — Conduta plástica num caso de câncer avançado de pálpebra.

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo, sessão de 28 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Prof. José Carlos Vinhões (convidado) Rio de Janeiro — Tratamento cirúrgico do câncer gástrico; 2) Dr. Paulo de Almeida Toledo — Radiologia do câncer gástrico; 3) Dr. José de Arruda Botelho — Gastros cópia no diagnóstico do câncer gástrico.

Sociedade Médica de Presidente Prudente, sessão de 16 de janeiro de 1953, ordem do dia: Eleição da nova diretoria para o biênio 1953-1954, que ficou assim constituída: Presidente: dr. Gabriel Costa Neto; vice-presidente: dr. Adomiro Cestari; tesoureiro: dr. José Ferreira Cognoli; 1.º secretário: dr. Ennio Botelho Perrone; 2.º secretário: Claudomiro Alberto; bibliotecário: Dr. José Pinto de Almeida.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 5 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) IV Congresso Internacional de

Radiologia — Dr. J. Maria Cabelo Campos; 2) II Congresso Brasileiro de Proctologia — dr. Cesário Tavares; 3) Código de Moral Médica — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

—, sessão de 19 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Homenagem ao ex-presidente Dr. Nogueira Martins; 2) A cirurgia torácica na Itália — Dr. Moacyr Boscardin; 3) Acidente hemolítico fatal pelo aglutinogênio Kel — Drs. Oswaldo Melone, Arthur Biancalana e F. Ottensooser; 4) O processo Sonnenleithner de fechamento do peritônio.

—, sessão de 31 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Colégio Brasileiro de Cirurgias — Posse de novos membros; 2) O Santuário de Esculápio em Epidáuro; 3) Epidúria. — dr. Edgar Braga.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 13 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) Lerário (D) Carcinoma da mama (Correlatório apresentado ao I Congresso da Flazog e VIII Argentino de Ginecologia e Obstetrícia de 1952); 2) Alves Lima (O.) — Guarnieri Netto (C.) Tavares de Lima (Maria Luiza M.) Moléstia de Bown d avulva; 3) Gallucci (José) — Insuficiência ovárica (Correlatório apresentado ao I Congresso da Flazog

e VIII Argentino de Ginecologia e Obstetrícia de 1952).

—, Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 30 de janeiro de 1953, ordem do dia: 1) dr. Hilário Veiga de Carvalho — Siderose; 2) drs. Maurício do Amaral e Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra — Involução senil patológica. Considerações psicopatológicas, diagnósticas e médico-legais em torno de um caso pericial; 3) dr. J. Carvalhal Ribas — Confissões de homossexuais. A propósito de um diário íntimo; 4) dr. J. B. de Moraes Leme — Perícias médicas em infelizmente. Continuação; 5) dr. Edmur de Aguiar Whitaker — Um caso grave de sadismo com frequente morte das vítimas, ocorrido em São Paulo. Estudo psiquiátrico-legal.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 12 de janeiro de 1953, ordem do dia: A lepra é um problema internacional — Dr. José Maria Gomes; 2) Nova diretoria que ficou assim constituída: Presidente: Dr. Abraão Totberg; Vice-presidente: dr. Francisco Ribeiro Arantes; 1.º secretário: dr. Luiz Marino Bechelli; 2.º secretário: dr. José Corrêa de Carvalho; Tesoureiro: Dr. Nestor Sonalo Pereira.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Vol. 10, n.º 4, dezembro de 1952. Contribuição ao estudo das malformações occipito-cervicais, particularmente da impressão basilar — Drs. Horácio M. Canelas, José Zacis e Rolando A. Tenuto; Patogenia de las lesiones tuberculosas del sistema nervioso — Prof. Mário Michel Zamora.

Caderno de Terapêutica Labor, Vol. II, n.º 3, 1952. Tratamento das meningites supuradas na infância — Cezar Pernetta; Bases fisiológicas para o emprego de medicamentos autonômicos — José Ribeiro do

Valle; Estado atual da terapêutica específica da esquistossomose mansônica — J. Rodrigues da Silva.

Maternidade e Infância, Vol. XI, n.º 2, março-abril de 1952. Apresentação do Escudo — Dr. Guilherme Almeida; Permission for Self-quotation — Dr. Guilherme de Almeida; Abdomen agudo em pediatria — Prof. Dr. Velarde Pérez Fontana; El lactante vomitador desde el punto de vista quirúrgico — Prof. Dr. Ernesto Prieto Trucco; Cardiopatias congênitas: Considerações sobre a sua incidência em nosso meio. Estudo de alguns casos

operados — Mário Seraphico, Enio Barbato, Virgílio C. Pinto, J. R. Pires de Campos; Nuestra experiência sobre técnica anestésica em cardiopatias congénitas — Dr. Luiz Bartlett R. e Dr. Raimundo Ariztia M.; Lipoma intratorácico na criança — Drs. Mário Seraphico, Fábio B. de Sampaio Viana, Virgílio Alves de Carvalho Pinto e Roberto A. Aun; Prolapso del intestino a través del divertículo de Meckel. Importância de su tratamiento precoz — Dr. Marco T. Hernandez; Labio Leporino — Dr. Roberto Farina; Nova técnica para correção do labio leporino — Dr. Antonio Duarte Cardoso; Na litiasis urinaria en la infancia (Resumen) — Dr. Humberto Notti; Atresia do esófago — Diagnóstico e conduta cirúrgica — Drs. Pedro Refinetti, Roberto de Vilhena Moraes, Virgílio Alves de Carvalho Pinto e José Carlos Soares Bicudo; Problemas de diagnóstico nas atresias congénitas do tracto digestivo — Drs. Virgílio Alves de Carvalho Pinto, e Roberto de Vilhena Moraes; Injerto masiço de perone, transplantado por destrucción del radio — Com presentación de enfermo — Dr. Marco T. Hernandez; Considerações em torno de 500 crianças operadas de hérnia inguinal — Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto; Comentários sobre fracturas de la pelvis en los niños — Dr. Eugénio Dias Bordeu; Hipertrofia congénita do piloro — Dr. E. V. Cannabrava. F.I.C.S. — Dr. Nilo de Oliveira; Enfisema obstructivo en la infancia — Dr. José Maria Pelliza; Rotação anormal do cólo com oclusão parcial do duodeno — Auro A. Amorim; Rotação anormal do cólo, com oclusão parcial do duodeno — Operação de Ladd — Dr. Aloysio Geraldo Ferreira de Camargo.

Neurónio, Vol. XIII, n.º 4, 4.º trimestre. Desenvolvimento intelectual da criança — os supranormais — Dr. J. Carvalhal Ribas.

Pediatria Prática, Vol. XXIII, n.º 5, setembro-outubro de 1952. Contribuição para o estudo da prematuri-

dade — J. R. Woiski, O. Meng, L. Fontoura, H.E.V. de Barros, M. I. Valente.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXI, n.º 12, dezembro de 1952. José Martinho da Rocha e Alvaro Serra de Castro — Síndromes hemorrágicas familiares; Virgílio Chini — Periarterite nodosa (conclusão); Ira H. Lockwood e Donald Robinson — O radiologista e o problema da dor lombar; A exploração funcional da tireóide pelo iodo radioactivo.

Revista Clínica de São Paulo, Vol. XXVIII, n.º 7-8, julho-agosto de 1952. Dr. Péricles Maciel — Doença reumática (1.ª parte); Progressos na patogénia e terapêutica da arteriosclerose; Tratamentos das cavernas tuberculosas do lóbo inferior.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XII, n.º 10, outubro de 1952. Obstrução intestinal: — Estudo geral — Obstrução intestinal aguda e antibióticos — Estudo experimental — Dr. Luiz Oriente; O endométrio nos miomas do útero — Dr. Wolff Neto, Domingos Lerário, Paulo Gorga e Sérgio Guidi.

Revista Paulista de Tisiologia, Ano XIII, n.º 4, julho-agosto de 1952. O controle do comunicante do tuberculoso pelo dispensário — Drs. Mozart Tavares de Lima Filho, Oscar Ugolini, Daud Abuchalla e Nelson M. Garrafa; Cortisone e paracoccidiodose brasileira — Dr. José Machado Filho e Dra. Maria da Conceição Mendonça de Carvalho.

Seara Médica, — Vol. VII, n.º 3 e 4, julho-dezembro de 1952. The coagulation of blood and hemostasis — Armand J. Quick; The hemorrhagic diseases due to faulty coagulation — Armando J. Quick; Venous thrombosis — Armand J. Quick; Diagnóstico da hemofilia (demonstração do Prof. Quick); Pneumopatia e cor pulmonale crônico esquistossomóticos (Tese livre decência) — Enio Cósimo Damião Barbato.

VITAMINA
B₁
NEOVIX-B₁*
Cloridrato de Tiamina

ALGIAS
 NEVRITES
 REUMATISMO
 HIPOVITAMINOSE B₁

***NEOVIX-B₁ 10 mg**
 Caixas com 6 e 30 ampolas de 1 cm³

***NEOVIX-B₁ 50 mg**
 Caixas com 4 e 30 ampolas de 2 cm³

***NEOVIX-B₁ 100 mg**
 Caixas com 4 e 30 ampolas de 2 cm³

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.
 RIO DE JANEIRO



SAO PAULO — Rua Bittencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

Posse da nova diretoria. — Em sessão solene realizada no dia 25 de Janeiro de 1953 foi empossada a nova diretoria da Associação Paulista de Medicina. A solenidade compareceu grande número de médicos e associados. Aberta a sessão pelo prof. Alípio Correia Neto, presidente das Assembléias da A.P.M. expôs os motivos da solenidade e convidou a seguir o professor Benedito Montenegro a empossar-se na presidência. A seguir tomaram assento à mesa os membros da diretoria, drs. Herbert Mercer, Oswaldo Lange, Carlos de Oliveira Bastos, Nelson Rodrigues Neto, Humberto Cerruti e Americo Nassar. O prof. Montenegro, ao assumir a presidência, convidou o prof. Jairo Ramos, ex-presidente, a tomar lugar na mesa, o que foi feito sob palmas da assistência.

Discurso do Prof. Montenegro. — O professor Benedito Montenegro pronunciou, depois, a seguinte oração:

"Aqui estamos, meus companheiros de chapa e eu, para assumir, cada um, o seu posto na direção dos destinos da Associação Paulista de Medicina, durante o bienio 1953-1954 e não é sem emoção que vamos iniciar nossa tarefa, concios da grande responsabilidade que sobre nós pesa ao recebermos uma herança administrativa rica de realizações das mais úteis para a Associação, para a classe médica e para a coletividade, em geral.

Apraz-nos receber esse inestimável acervo das mãos de Jairo Ramos, amigo sincero e leal, colega dos mais acatados na sua especialidade, cujo nome já ultrapassou, e com justa razão, os limites da pátria, projetando-se, vitoriosamente, no cenário médico internacional, administrador genial que soube desenvolver as atividades da Associação de forma a dar-lhe o prestígio ímpar de que ela goza entre as congêneres nacionais, nada ficando a dever às mais bem organizadas dos centros mais progressistas

do globo. Palavras elogiosas não são suficientes para galardoar o esforço ingente desenvolvido por esse prestante consocio e por seus dignos companheiros de diretoria, dentre os quais menciono o nome do 1.º tesoureiro, dr. Oswaldo Lange, para colocarem a Associação no posto de destaque que ela ocupa no cenário médico nacional.

E' preciso que se lhe outorgue um título de presidente emérito ou honorário ou de sócio benemérito, como um ato de justiça e um reconhecimento dos componentes da Associação pelos relevantes serviços a ela prestados.

Mas, foi pensando em substituir o insubstituível que eu hesitei em aceitar o lançamento de minha candidatura à presidência da Associação, por um numeroso grupo de socios amigos, que, vendo através de grossas lentes de aumento as minhas modestas qualidades, insistiram em que eu deveria ser o substituto de Jairo Ramos e só depois de certificar-me de que esse ilustre colega e prezado amigo não aceitaria, em hipótese alguma, a sua candidatura à reeleição, pela quarta vez, é que resolvi lançar-me à luta, amparado por esse grupo numeroso de amigos prestigiosos e prestigiados no seio da Associação.

Não lhes escondi meu temor de um fracasso, pois nossas atividades eleitorais iriam ter início nada menos do que uns dez ou doze dias após as do meu opositor e esse lapso de tempo poderia ser decisivo no resultado final porque seria suficiente para ser trabalhado o pequeno eleitorado de cerca de 160 membros de que se compõe o quadro de delegados eleitores da Capital e do Interior, inclusive os presidentes das associações filiadas e das secções regionais.

Acrece que o adversário era valeroso e forte, dificultando, por isso, e ainda mais, as possibilidades de vitória. Mas, agindo com espírito esportivo, entramos na luta para movimen-

tar os sócios da Associação, para incrementar o seu interesse pelo futuro da sociedade, para despertar do marasmo valores adormecidos que, por não serem solicitados, vivem recolhidos à sua modestia.

E não nos arrependemos de assim ter procedido; a refrega foi árdua mas o resultado compensou o esforço dispendido: a Associação deve ter lucrado com essa agitação provocada por esta eleição.

Desejo fazer justiça e prestar minha homenagem ao dr. Mathias Roxo Nobre, jovem inteligente, especialista acatado pelos seus conhecimentos científicos, respeitador da ética profissional, amigo leal e dedicado, que encabeçou a chapa de renovação de valores, constituída por elementos moços, imbuídos desse calor e desse entusiasmo próprios da juventude e que, quando bem orientados, conduzem a grandes realizações e podem até culminar em revoluções.

Penso que foi esse, para ele, um dos fatores desfavoráveis e o resultado da eleição parece dar-me razão, porquanto a maioria dos delegados eleitores preferiu elementos mais conservadores que se comprometeram a continuar uma administração que grande soma de benefícios trouxe à Associação.

Dirijo um apêlo caloroso aos que foram preteridos para que não percam seu entusiasmo e para que continuem a envidar todos seus esforços, auxiliando a nova diretoria com o seu trabalho, prestigiando a Associação, comparecendo às suas sessões, lançando luzes sobre os problemas obscuros, procurando, enfim, cooperar para o engrandecimento da sociedade, pois ela, pela imensa vastidão de suas atividades, regulamentares necessita do auxílio de todos os seus associados, para mantê-las, em pleno vigor.

Faz-se mister continuar o programa iniciado na diretoria anterior de defender os interesses da classe equiparando os vencimentos dos médicos que desempenham funções oficiais aos dos demais profissionais que ocupam posições idênticas na administração pública; de defender os colegas contra a exploração de seus serviços profissionais por particulare ou por socie-

dades constituídas sob o falso pretexto de que a medicina é sacerdócio.

Tarefa das mais delicadas e difíceis de ser levada a bom termo pois sabemos que se de nosso lado está a razão, o direito e o bom senso, de outro lado opõe-se-nos a incompreensão proposital dos administradores públicos, mas não esmoreceremos, enquanto não forem reconhecidos os nossos direitos, fazendo-nos a devida justiça.

Problema de alta relevância a ser resolvido é o da inspeção dos hospitais para se poder estabelecer nosso padrão hospitalar brasileiro.

Essa medida, adotada pelo Colégio Americano de Cirurgiões, surtiu, nos Estados Unidos, os melhores resultados, contribuindo, decisivamente, para a elevação do nível hospitalar naquela grande nação.

Cumprê estabelecer um padrão mínimo de exigências às quais devem os hospitais se adaptar para merecer o reconhecimento e a recomendação da Associação.

Nossos hospitais, se bem que funcionem satisfatoriamente no que respeita ao tratamento do doente, deixam muito a desejar quanto à contribuição que poderiam oferecer para a comodidade do médico e sobretudo para o progresso da ciência.

Salvo os hospitais oficiais nenhum deles possui um arquivo adequado para o registro de todos os informes referentes aos doentes internados de modo a facilitar a realização de trabalhos científicos baseados na observação e nos resultados dos casos tratados.

Não possuem um laboratório de anatomia patológica para o exame e arquivo de todas as peças que mereçam uma pesquisa para elucidação do diagnóstico ou classificação da moléstia.

Obrigados por lei a manterem médicos internos, não dispõem de facilidades para que esses colegas façam do internato, não só um meio de vida, mas, e sobretudo, um aprendizado sistemático que os prepare para bem exercer sua profissão.

Todos esses requisitos são exigidos pelo Colégio Americano de Cirurgiões que só reconhecem um determinado hospital depois que uma Comissão

especial nomeada por sua diretoria se pronuncia favoravelmente, após rigorosa inspeção.

Os hospitais assim reconhecidos têm a preferência do público pela confiança que esse reconhecimento inspira.

Beneficiam-se os hospitais e beneficiam-se os doentes.

Promover congressos regionais é continuar o que já vem sendo feito com real aproveitamento para os centros onde esses congressos são realizados, mas devemos ir além incentivando as seções regionais e as associações filiadas na sua evolução social e científica e patrocinando todas as medidas que contribuam para a boa execução de suas finalidades.

Tenho a impressão que alguns colegas do Interior encaram a Associação como uma espécie de usurário que, em função de um pequeno capital que empresta, recebe um juro escorchante. Essa atitude é errônea e merece ser corrigida porque o interesse da Associação é elevar o padrão profissional em todos os recantos do Estado, difundindo conhecimentos científicos, estimulando a boa prática profissional, promovendo o congraçamento e a união da classe. Ela deve ser uma espécie de estuário para onde convirjam todas as vertentes da medicina paulista.

Nesse sentido, ela procura estreitar as suas relações não só com as entidades filiadas como com as demais do Estado e do País, levando seu programa de expansão social, cultural e científica a todos os rincões da Pátria.

Coincidindo com os festejos programados para celebração do quarto centenário da fundação da cidade de São Paulo, realizar-se-ão nesta Capital, vários congressos médicos de caráter nacional e internacional propiciando-nos a oportunidade de entrarmos em relações com destacados representantes das sociedades estrangeiras que concorrem a esses enclaves e dando ensanchas a que o programa expansionista se desenvolva em toda a sua plenitude.

A Associação tem assegurada uma situação de destaque na realização desses congressos e esse fato aumenta de modo considerável a responsabili-

dade de seus dirigentes e em particular de seu presidente.

Quando aceitei a indicação de meu nome para esse elevado posto estava senhor da situação, aceitei-o, conscientemente, por isso, não pouparei esforços para executar minha obrigação a contento da maioria.

Se o programa de aproximação dos colegas deve desenvolver-se fora da sede, não menos verdade é que, aqui dentro, também, nosso convívio social deve ser mais ativado, melhorando o funcionamento do restaurante e dando maior conforto ao Clube Médico, de forma a atrair não só os sócios, como, também, as suas respectivas famílias e para tanto, faz-se mister instalar condignamente a sede que não está a altura da importância social da Associação, e que não foi feita pela diretoria anterior por causa dos múltiplos encargos que pesam sobre os seus cofres.

Para angariar os fundos necessários, iniciaremos uma campanha para ampliação do quadro social, atraindo colegas dignos que nele não estão incluídos porque não foram solicitados para ingressar na Associação. E também pleitearemos duas medidas que se coroam de êxito, muito contribuirão para o aumento das nossas disponibilidades, a saber:

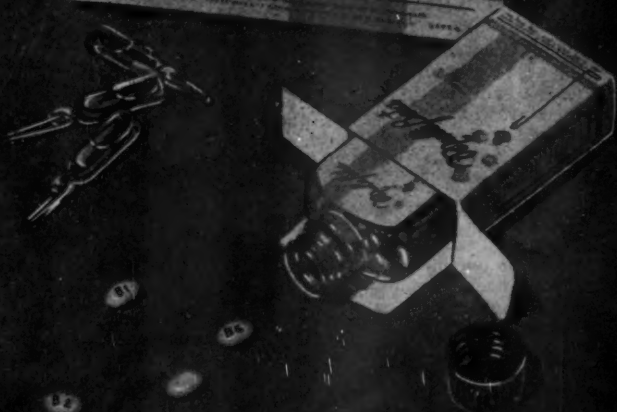
1.º) Obter do Conselho Administrativo da Caixa Econômica Federal, o cancelamento total ou pelo menos parcial da dívida que a Associação contraiu para a construção de sua sede.

Essa medida se justifica porque a Associação é considerada de utilidade pública pelo Governo Federal e tem prestado relevantes serviços à classe médica e indiretamente, à população, não só de S. Paulo, como de todo o Brasil.

2.º) Obter a continuação da isenção dos impostos municipais e possivelmente, dos estaduais, que recaem sobre o prédio da Associação pelas mesmas razões já expostas.

Ainda, como pontos importantes de nosso programa, devo mencionar a continuação dos trabalhos já encetados para a organização de um Pronto Socorro Municipal que esteja a altura das necessidades e do progresso da cidade, pleiteando, como

A experiência desvendou a sinergia
funcional do grupo vitamínico β .
Reunir seus elementos racionalmente
e forjar arma segura contra os estados
carenciais dêste complexo.



um elemento indispensável para o ensino médico, que, pelo menos uma parte dêsse serviço, seja executado pelas Faculdades Médicas.

Em vista das dificuldades surgidas na Câmara Municipal, decorrentes de interesses políticos e que levou o sr. prefeito a vetar totalmente o primeiro projeto de criação de Pronto Socorro, apresentado e discutido na Edilidade Municipal, sou de opinião que o assunto deveria ser confiado a uma comissão composta de professores nomeados pelas Faculdades Médicas e de representantes da Associação para elaborarem e executarem, uma vez aprovado, um projeto que dote a cidade dêsse aparelhamento indispensável aos socorros urgentes dos acidentados ou de doentes acometidos de mal súbito. Cooperar com a Associação Médica Brasileira no estudo que vem realizando sobre o ensino médico, particularmente no que se refere à inspeção sigilosa das Faculdades de Medicina.

Dar maior desenvolvimento ao Departamento de Previdência, através de uma campanha para aumentar o número de seus associados, de modo a poder corresponder, plenamente aos seus desígnios de amparar de modo digno os colegas necessitados e as suas famílias.

Esse departamento, que não existe em nenhuma outra associação do País, com a organização que lhe é peculiar, que já tem prestado relevantes serviços aos seus contribuintes, está fadado, si bem dirigido, a ter o desenvolvimento das grandes companhias de seguros, constituindo-se em esteio, não só de seus associados, como da própria Associação.

Eis aí, meus senhores, em poucas palavras, esboço o programa que pretendemos desenvolver durante nossa gestão já que, graças à generosidade de amigos que em nós confiam, fomos guindados a tão elevado posto. Eficientemente auxiliado por meus dignos companheiros de diretoria, das várias comissões e do Departamento de Previdência, tenho esperanças de não desmerecermos da confiança que em nós foi depositada. Finalizando, resta-me agradecer aos amigos que levantaram nossa candidatura, fatores

preponderantes da vitória, pelo trabalho inteligente e incessante que desenvolveram durante os dias que precederam o pleito; àquelles que sufragaram nosso nome e especialmente aos colegas do interior do Estado que acreditaram em nossa palavra e finalmente a todos quantos mesmo alheios à profissão, amigos, parentes e clientes se interessaram direta ou indiretamente por nossa vitória, nossos mais sinceros agradecimentos".

Uma grande salva de palmas abafou as últimas palavras do novo presidente.

Premios científicos de 1952. — O presidente procedeu, a seguir, a entrega dos premios científicos de 1952, na seguinte ordem:

Premio "José Pinto Alves" — Conferido ao trabalho "Contribuição para o estudo dos metodos de Laboratorio no diagnóstico da Esquistossomose Mansônica" apresentado pelo dr. José de Oliveira Coutinho.

Premio "Pravaz, Laboratorios S. A." — Conferido ao trabalho "Possível papel do figado na patogenia da tensão pré-menstrual", apresentado pelo dr. Luiz Miller de Paiva.

Premio "Adolpho Carlos Lindenberg" — Conferido ao trabalho "Novos horizontes no domínio do diagnóstico na dermatologia atual. O citodiagnóstico imediato. Suas possibilidades e limitações", apresentado pelo dr. Benjamin Zilberg.

Premio "Enjolas Vampré" — Conferido ao trabalho "Avaliação dos efeitos do extrato hepatico, acido folico e vitamina B12 no tratamento da anemia perniciosa de Addison-Bierner. Estudo comparativo dos resultados hematologicos e neurologicos", apresentado pelos drs. Horacio Martins Canelas e Michel Abu Jamra.

Premio "Honorio Libero" — Conferido ao trabalho "Contribuição ao estudo do liquido cefalorraquiano na paralisia geral e sua evolução no decurso da terapêutica (malioterapia e quimioterapia)", apresentado pelos drs. Waldemar Cardoso, Otavio Lemmi e João Batista dos Reis.

Premio "Margarido Filho" — Conferido ao trabalho "Censo raquitico",

apresentado pelos drs. Augusto Gomes de Matos, Durval Rosa Borges, Feliz de Moraes Sarmiento, João de Oliveira Faria, Lindorff Nogueira Carrijo, Maria Aparecida Sampaio Zacchi e Rafael Coldstein Paciornick.

Premio "A. C. Camargo" — Conferido ao trabalho: "Alguns aspectos da etiopatogenia das hernias inguinais", apresentado pelos drs. Fabio Schmidt Goffi, Guilherme Moreira Leite e Paulo Lacerda Pinto.

Os laureados de 1952, em nome da A. P. M. foram saudados pelo dr. Virgilio Carvalho Pinto, que proferiu as seguintes palavras:

"Minhas Senhoras, Meus Senhores, Prezados Colegas. — No momento memorável em que a Associação Paulista de Medicina substitue a sua Diretoria, até então presidida pela figura ímpar do prof. Jairo Ramos, que durante oito anos concorreu para a sua grandeza com a autoridade do seu nome ilustre e tão justamente acatado, deixando exemplo de admirável esforço e norma que os seus sucessores por certo procurarão seguir, nos é grato saudar, em nome da Associação Paulista de Medicina os que acabam de ser distinguidos com os prêmios de 1952.

Meus caros colegas, vós sois na realidade os heróis desta noite.

Só os acostumados aos trabalhos científicos podem avaliar o esforço e a perseverança de que vós destes prova, vencendo a resistência e as dificuldades de todos os momentos, trazendo a esta Casa trabalhos de valor e obras de realce.

Os não habituados à pesquisa, são logo de início inibidos, abandonando-a muitas vezes por fadiga ou falha do poder intelectual, como os atletas que, sem o treino necessário, tentam disputar competições. O verdadeiro pesquisador, percorre os caminhos tortuosos, não descança, volta a sua atenção para sucessivos fatos relacionados ao objeto da investigação, até chegar à solução do seu problema. Este é o verdadeiro espírito da pesquisa científica.

Fala-se atualmente muito de trabalho de equipe em técnica e em ciência, uma colaboração íntima de

especialistas e talentos, cada um contribuindo para a solução de um determinado problema. Este método evidenciou-se muito útil, mas não substituirá nunca a exploração do homem de gênio independente, o pioneiro que com a sua vara mágica abre novos caminhos até então não percorridos.

Os resultados a que chegam os grandes homens de ciências são tangíveis e, embora tenham um valor indestrutível, não constituem um ponto de chegada, sendo antes um dos elos de uma corrente, o último dos quais é o que chama a atenção dos contemporâneos. O valor de uma descoberta não reside apenas nos resultados práticos imediatos, mas também, nas novas linhas de pesquisa que desperta.

Meus Senhores, na época que taravessamos, de abominável inversão de valores, constituem magníficos exemplos, o obstáculo que o culto desinteressado da ciência opõe às miragens da força e o freio com que a aspiração serena do progresso cerceia o fanatismo das reações violentas.

A solução única e radical para a rumosa tendência materialista atual só pode ser encontrada na ressurreição do espiritualismo, cumprindo às sociedades culturais emprestar sua eficiente colaboração para a salvaguarda dos interesses espirituais da humanidade.

E outra não tem sido a orientação da Associação Paulista de Medicina, cuja tradição constitui uma elevada expressão do espírito científico de nossa terra.

Entretanto, dificuldades se avolumam e barreiras se erguem: os nossos recursos materiais para a pesquisa são limitados, a nossa organização de trabalho é falha e o espírito de colaboração entre os diversos setores está longe de corresponder às necessidades.

Aliando a estas circunstâncias a difícil situação econômica do profissional, que para se manter é obrigado a se dedicar e a se esgotar nos mais diversos setores da vida prática, veremos como na realidade merecem a nossa admiração e o nosso reconhecimento, aqueles que conseguem produzir com o rigor e a qualidade dos

trabalhos premiados pela Associação Paulista de Medicina.

A nova diretoria, ora empossada, representa pela figura eminente do mestre e amigo de todos nós, o prof. Benedito Montenegro, impõe-se um movimento incentivador da produção dos trabalhos científicos. E' preciso se criem novos e melhores premios, para que novos estímulos surjam. Mas é indispensável, também, que se procure dar ou favorecer os meios de sua realização. Não devemos nos esquecer que para magnificar o trabalho científico, não bastam vistosos diplomas, mas, urgem os meios de os executar.

Meus caros colegas, o diploma que acabais de receber, significa o reconhecimento sincero de todos nós, pelo esforço, capacidade e valor que aca-

bais de demonstrar, honrando a Medicina de São Paulo, com os seus peregrinos méritos. A Associação Paulista de Medicina vos exorta para que assim continueis concorrendo para o progresso da ciência universal e para a grandeza de nossa Pátria".

Em nome dos laureados, agradecendo, discursou o dr. João Batista dos Reis, um dos vencedores do Premio "Honorio Libero".

O presidente Montenegro, antes de encerrar a solenidade, agradeceu o comparecimento de todos e fez um destaque da presença à sessão do ilustre prof. João Marinho, catedrático aposentado da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; do cirurgião Luiz do Rego e do dr. Sinésio Rangel Pestana, ex-diretor clínico da Santa Casa.

Liga Paulista Contra a Tuberculose

Homenagem ao presidente da instituição. — Prosseguindo no plano de desenvolvimento de suas atividades, a Liga Paulista Contra a Tuberculose promoveu no dia 9 de Janeiro de 1953 a realização de significativa cerimônia, na sede do Hospital "Clemente Ferreira", na avenida Jabaquara. Como se sabe, dois novos pavilhões estão sendo construídos em complemento do conjunto de edificações planejadas, dentro dos recursos próprios, pela entidade fundada e durante decênios dirigida pelo saudoso fisiologista dr. Clemente Ferreira. Agora, um dos setores antigos do hospital está sendo dotado de novas instalações, tais como reforma completa dos serviços de cozinha e lavanderia e construção do pavilhão de laborterapia. Neste último setor é que teve lugar a cerimônia de colocação da primeira telha, como parte das comemorações que a Liga Paulista Contra a Tuberculose levou a efeito, no dia 9 de Janeiro último.

Com a assistência da totalidade da diretoria e conselho da entidade, numerosos socios-contribuintes e convidados, o presidente da Liga Paulista

Contra a Tuberculose dr. A. Nogueira Martins, e o tesoureiro, dr. J. G. de Oliveira Costa, procederam à colocação da primeira telha no novo pavilhão, dando assim vencida mais uma etapa nas obras de ampliação das instalações hospitalares da instituição, que relevantes serviços vem prestando à coletividade no combate à tuberculose.

Antes dessa cerimônia, na Capela do Hospital foi celebrada missa em ação de graças pelo transcurso do aniversário do presidente da Liga e bem assim pelo novo melhoramento. E em seguida, no salão nobre do Hospital, perante diretores, médicos, convidados e numerosa assistência, foi prestada uma comovida homenagem ao dr. A. Nogueira Martins. Em nome de antigos doentes internados no Hospital "Clemente Ferreira", o sr. João Gualberto saudou o presidente da Liga, tendo o dr. Homero Silveira, clínico da instituição, feito um retrospecto da atividade desenvolvida pelo dr. A. Nogueira Martins à frente da Liga, e manifestando o apreço de toda a entidade pela obra construtiva e altamente humanitária que aquele fisiologista vem levando avante.

SUCEDÂNEO DO PLASMA SANGUÍNEO
SUBTOSAN

Polivinilpirrolidona ou PVP e Compostos Minerais

Solução isotônica e isoviscosa em relação ao sangue

Conservação praticamente ilimitada

Ótima tolerância

Facilidade de emprego

Comodidade de transporte e aprovisionamento

Tratamento econômico

Supressão da determinação dos grupos sanguíneos

HEMORRAGIAS
ESTADOS DE CHOQUE
QUEIMADURAS
ATREPSIAS
CAQUEXIA

SUBTOSAN

FRASCO graduado de 500 cm³

SUBTOSAN INFANTIL

AMPOLAS de 50 cm³; caixas de 1 e de 25



A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P

Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Posse de novos membros estaduais.

— Aproveitando a oportunidade da comemoração do 14.º aniversário do Sanatório São Lucas, reuniu-se, no dia 31 de janeiro do corrente ano, em sessão solene conjunta com a Sociedade Médica São Lucas, o Capítulo de São Paulo do Colégio de Cirurgiões, para dar posse aos novos membros estaduais. Nessa ocasião o prof. Raul Briquet, membro estadual do Colégio, proferiu uma conferência sobre "O Santuário de Esculápio em Epidáuro". Nessa conferência o orador teve oportunidade de discorrer sobre o que teve ocasião de observar em sua recente viagem a Grécia. A conferência do prof. Briquet despertou grande atenção dos presentes que o aplaudiram calorosamente.

A seguir foi dada a posse aos novos membros estaduais do Colégio Brasileiro de Cirurgiões que foram os seguintes: Prof. Lineu Silveira, de Sorocaba, drs. Nelson Libero, Nicolau Moraes Barros Filho, Paulo Bressan e Waldemar Machado, de São Paulo, e Antônio Delmanto, de Botucatu. Também tomaram posse do título de membros aspirantes, aguardando vaga para membros estaduais, os drs. Henrique Arouche de Toledo, Trieste Smanio, Renato Trivela, Moacyr Boscardin, Ademar Albano Russi e Domingos Lerário. Fez uma saudação aos novos membros o dr. Edgar Braga, e respondendo em nome deles o dr. Nelson Libero.

Finalizando, o Dr. Edgar Braga recitou uma poesia de sua autoria, intitulada "Epidáuria".

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

O álcool no posoperatório

Estimulante e sedativo? — A 10 anos, Karp e Sokol vêm usando o álcool por via venosa no pré-operatório e no pós-operatório dos pacientes cirúrgicos. De sua experiência os autores falam com decidido entusiasmo no artigo aparecido no J.A.M.A. 146: 21, 1951.

As soluções de álcool usadas são de 5 a 10 por cento. Dadas por via intravenosa, tais soluções *aumentam a cota de calorias e se mostram especialmente favoráveis aos pacientes com inanição*. Podem ser administradas a pacientes cardíacos com bastante segurança por causa de sua ação vasodilatadora e de seu efeito mínimo sobre a pressão sanguínea. Têm decidido valor como sedativo na anestesia regional em combinação com o óxido nítrico e o oxigênio. Seu uso permite diminuir de muito a necessidade de narcótico para sedação pós-operatória. O álcool mostra-se de grande interesse nos pacientes velhos.

Náusea e vômitos, assim como dor de cabeça e acidose não acompanham

a administração intravenosa do álcool, embora ocorram quando se administram doses iguais por via bucal.

Outros autores usam o álcool combinado com um hidrolisado de proteína e mais dextrose para assegurar as exigências nutritivas do pós-operatório.

Devemos mencionar aqui que esses autores juntaram o álcool separadamente a produtos comerciais de hidrolisados de proteína (como Amigen, Aminosol ou Travamin), através da rolha de borracha, no momento de seu emprego.

Porém, existe agora nos Estados Unidos uma preparação comercial junto com álcool, mas que não foi ainda aceita pelo Council on Pharmacy and Chemistry.

Tirando as conclusões das opiniões dos autores, cumpre dizer que o álcool administrado por via endovenosa aumenta a cota de caloria e age como sedativo. — R.

NOVA FORMULA!...

Prinachol

INJETAVEL

CINARINA

(Princípio ativo cristalino da Alcachofra)

*Associada a Metionina — Colina — Vitamina B1
Solução de fração anti-tóxica do fígado*

INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS

Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

FAUSTO SPINA *Farmacêutico*

A. C. SEIXAS *Farm. responsável*

Laboratório: Rua Copacabana, 15-A.

Depósito e Escritório: Parque D. Pedro II, 882 / 876

Tels.: 35-1018 / 33-5916 (rede interna). — São Paulo



DIVERMIL

COMBATE TODAS AS VERMINOSES, SEM PERIGO

**QUENOPÓDIO ATÓXICO
POR ADSORÇÃO**

**ADULTOS: 12 CAPSULAS
CRIANÇAS: 1 CAPSULA
PARA CADA ANO DE IDADE**

LABORATÓRIO GROSS - RIO DE JANEIRO

Prêmio "Arnaldo Vieira de Carvalho"

Inscrições ao prêmio. — Foi prorrogado até 31 de março próximo o prazo das inscrições ao prêmio de Medicina Social para 1953 "Arnaldo Vieira de Carvalho", patrocinado pelo Laboratório Sanitas do Brasil S/A, no valor de vinte e cinco mil cruzeiros, e distribuído em concurso promovido anualmente pela Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo. São os seguintes os temas do concurso neste ano: "Organização Hospitalar em Medicina Social"; "Assistência Médica e Seguro-Social"; "Problemas Médico-Social do trabalho"; "Estudo Médico-Social das Moléstias de Chagas"; "Problemas da Alimentação dos Trabalhadores nos Meios Rurais e Industriais"; "Aspectos Médico-sociais da Nutrição no Brasil"; "Estudo Médico-Social da Esquistossomose"; "Problemas Demográfico-sanitários de interesse para o Brasil"; "Problemas da Tuberculose nos meios rurais"; "Problema Médico-Social de uma ou mais Helmintíases";

"Problema da Tuberculose dos Trabalhadores nos meios urbanos"; "Problema Médico-Social dos desajustados"; "Problema Médico-Social da Sífilis"; "Problema Médico-Social da Malaria"; "As doenças mentais sob o ponto de vista Médico-Social"; "Problema da Maternidade, sob o ponto de vista Médico-Social"; "Assistência à Infância, sob o ponto de vista Médico-Social"; "Os Cardíacos sob o ponto de vista Médico-Social"; "Aspectos médico-sociais no Desportismo"; "Estudo Médico-Social do reumatismo"; "Hidrologia em seu aspecto Médico-Social no Brasil"; "Climatologia em seu aspecto Médico-Social no Brasil"; "Biotipologia em seu aspecto Médico-Social no Brasil".

Os trabalhos deverão ser enviados à Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição, à avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 278, 8.º andar, S. Paulo.

Podem concorrer ao prêmio trabalhos já apresentados em associações científicas e ainda não publicados.

Novas diretorias

Sociedade de Biologia de São Paulo

Nova diretoria para 1953. — A Sociedade de Biologia de São Paulo, elegeu e empossou sua nova diretoria para o corrente ano, que ficou assim constituída: Presidente — G. Rosen-

feld; vice-presidente — C. Pavan; secretário geral — M. Rabinovitch; 1.º secretário — J. Ferreira Fernandes; 2.º secretário — L. Nahas; tesoureiro — J. Pereira Júnior.

Sociedade de Estudos Médicos

Posse de nova diretoria para 1953. — Em sua sede social reuniu-se, no dia 30 de janeiro do corrente ano, a Sociedade de Estudos Médicos para empossar sua nova diretoria para

1953, a qual está assim constituída: Presidente — dr. Ary Lex; secretário — Dr. João Fava; tesoureiro — dr. Angelo Fanganielo.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Diretoria para 1953. — Realizou-se no dia 19 de janeiro do corrente ano, uma reunião da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, para dar posse

aos novos membros da diretoria que regerá os destinos dessa Sociedade durante o biênio de 1953-1954, a qual ficou assim constituída: Presidente —

A prova tuberculínica é reduzida rapidamente e muitas vezes negativada pelas injeções intradérmicas de Gadusan, o que prova seu poder dessensibilizante.

Como diz RICH, na tuberculose pulmonar: *a melhora é paralela a dessensibilização.*

Confirmou-se o vaticínio desse tratadista: — “Se a dessensibilização tiver de ser largamente praticada na tuberculose, algum método não especificado, que não apresente os perigos das injeções de tuberculina, terá de ser criado”.

Realmente, esse método foi criado no Brasil, é o intradermogadusan, que em poucas injeções cura as *conjuntivites flictenulares*, as *eritematoses*, os *acessos asmáticos* e demais manifestações da *hiperalergia*.



INSTITUTO TERAPÊUTICO ORLANDO RANGEL

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro

dr. Victor Spina; vice-presidente — dr. Paulo Corrêa; secretário — dr. Raul Loeb; 2.º secretário — dr. Jorge Andrews; tesoureiro — dr. Raul Raia; Conselho Fiscal: dr. Wladimir Araral;

dr. Antonio Duarte Cardoso e dr. Roberto Farina; Comissão de Sindicância: dr. Antonio Prudente e dr. José Rebelo Neto.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Posse de nova diretoria. — Em sessão da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, realizada no dia 3 de janeiro do corrente ano, foi empossada a nova diretoria para o biênio de 1953-1954, constituída da seguinte forma: Presidente: Dr. José Martins Rocha. Vice-Presidente: Dr. José Alfio Piason. 1.º Secretário: Dr. Orlando Moraes de Burgos. 2.º Secretário: Dr. Luiz Gastão Mangabeira Albernaz. Tesoureiro: Dr. Décio Bierrenbach de Castro. Bibliotecário: Dr. Carlos André DiMonaco.

Representante na Revista de Medicina: Dr. Licurgo de Castro Santos Filho. **Comissão de Medicina:** Dr. An-

tônio Carlos de Souza, Dr. Roberto Franco do Amaral e Dr. Roldão de Toledo. **Comissão de Cirurgia:** Dr. Walter Amaral Campos, Dr. Pedro Serafim Neto e Dr. João Ferreira Jorge. **Delegados Eleitores junto à Associação Paulista de Medicina:** Dr. Arlindo de Lemos Junior, Dr. Guedes de Melo Filho, Dr. Paulo Mangabeira Albernaz, Dr. Octavio Bierrenbach de Castro, Dr. Roberto Rocha Brito, Dr. Alfredo Gomes Júlio, **Suplentes:** Dr. Antônio Augusto de Almeida, Dr. Roberto Ângelo Barbosa, Dr. Laércio Lôbo de Moraes, Dr. Elias Farah, Dr. Oswaldo Mendes Leite, Dr. Antônio Pires Barbosa,

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora

Eleição de diretoria. — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora em convênio com a Associação Médica de Minas Gerais, acaba de eleger sua nova diretoria para o biênio 1953-1954, a qual ficou assim constituída: Presidente: Dr. Antônio Carlos

Pereira. Vice-Presidente: Dr. Arlindo Falci. 1.º Secretário: Dr. Geraldo Majela de Abreu Guedes. 2.º Secretário: Dr. Olavo Cruz. Tesoureiro: Dr. Pedro Andrade. Bibliotecário: Dr. Guilherme de Souza. Orador oficial: Dr. Infante Vieira.

Sociedade de Medicina de Presidente Prudente

Posse de diretoria para 1953-1954. — Em sessão solene realizada no dia 15 de janeiro do corrente ano, foi empossada a seguinte Diretoria que regerá os destinos daquela Sociedade durante o biênio 1953-1954: Presidente — dr. Gabriel Costa Neto; Vice-

presidente — dr. Adomiro Cestari; tesoureiro — dr. José Ferreira Toglioli; 1.º secretário — dr. Ennio Botelho Perrone; 2.º secretário — Dr. Claudomiro Albertão e Bibliotecário — dr. José Pinto de Almeida.

Necrológico

Professor Oswaldo de Oliveira. — Perda das mais sensíveis vem de sofrer o magistério médico e a própria medicina nacional, com o falecimento do Professor Oswaldo de Oliveira, Catedrático de Clínica da Faculdade

Nacional de Medicina, Membro da Academia Nacional de Medicina e personalidade das mais conceituadas dos nossos meios médicos e sociais.

Nasceu o Professor Oswaldo de Oliveira nesta capital, aos 6 de setembro

de 1884, filho de Cândido Coelho de Oliveira e de D. Gertrudes Barbosa Coelho de Oliveira. Após realizar, sob os melhores auspícios, os estudos de humanidades no antigo Ginásio Nacional, ingressa na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde receberia, a 25 de janeiro de 1905, o grau médico, após ter defendido laureada tese intitulada "Do Choque Precordial".

Nomeado, no mesmo ano, a 17 de fevereiro, Assistente de Propedêutica da Faculdade, partiria, no ano seguinte, para a Europa, a fim de realizar cursos de especialização e aperfeiçoamento. Enceta, em 1908, os seus Cursos Livres de Clínica Propedêutica, dos mais procurados pelos estudantes, sendo convidado, em 1909, para reger, interinamente, a Cátedra de Patologia Interna. Criada, em 1911, pela Reforma Rivadavia, a Docência Livre, sagra-se, em concurso, com notável tese "Da Moléstia de Heine-Medin", que lhe mereceria os maiores encomios da Congregação. Ingressa, em 1913, na Academia Nacional de Medicina, defendendo tese "Da percussão dorsal da aorta".

Assinalaria, o ano de 1915, o coroamento de seus laboriosos esforços em prol do magistério: sua nomeação, por ato do Presidente Wenceslau Braz, para Professor Substituto de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cabendo-lhe reger, inicialmente, a 2.^a Cadeira de Clínica Médica, nos impedimentos de seu titular, Professor Azevedo Sodré, primeiramente como Diretor da Instrução Pública Municipal e como Prefeito do Distrito Federal, em seguida, o que se deu desse período até 1918. E' nesse ano que falece o Professor Miguel Pereira, sendo nomeado, na sua qualidade de Substituto, Catedrático da 1.^a Cadeira de Clínica Médica. Atingia, assim, Oswaldo de Oliveira, a culminância de sua carreira magistral, que desenvolveria, pelos anos em fora, até os nossos dias, formando, qual mestre dos mais ilustres, dezenas de gerações de médicos brasileiros.

Das mais admiráveis lhe foi a atividade em prol da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, levando a termo, em 1918, no posto

de Presidente, a construção e instalação da sede própria da tradicional instituição, o que lhe valeu o título excepcional de seu Presidente Honorário.

Representante do Brasil em vários Congressos Científicos Internacionais, titulado como Protetor da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, Presidente do Sindicato Médico Brasileiro, Professor Honorário da Faculdade de Medicina de Montevideo, Paraninfo dos Médicos de 1941 da Faculdade Nacional de Medicina, eis alguns dos expressivos títulos do Professor Oswaldo de Oliveira, cujo passamento constitui, assim, perda tão sensível para a medicina e a sociedade brasileira.

Dr. Severino Cabral Sombra. — Faleceu, na Capital da República o Dr. Severino Cabral Sombra, figura das mais conceituadas e prestigiosas dos círculos médicos e sociais do Rio de Janeiro, que receberam, qual perda das mais sensíveis, o seu desaparecimento.

Era o Dr. Severino Cabral Sombra médico da Prefeitura do Distrito Federal, desempenhando o cargo de Diretor do Hospital Manoel Villaboin, em Paquetá, com a proficiência, dedicação e brilho que eram peculiares ao seu nobre espírito. Distinguiu-se, ainda, por suas atividades médico-culturais pertencendo a várias entidades da classe bem como lecionando matérias de sua especialidade, em educandários desta capital.

Ocupava o extinto, na qualidade de membro titular, no Instituto Brasileiro de História da Medicina, a Cadeira que tem por patrono o Dr. José Pereira Rego, Barão do Lavradio, niscrevendo-se, o seu nome, entre os fundadores do Instituto, onde sua passagem se assinalou, sempre, pela proficiência de sua atuação e brilho de suas comunicações, conferências e teses.

O extinto deixa viúva D. Maria de Lourdes Berger Sombra.

Contou, o sepultamento do Dr. Severino Cabral Sombra, com grande acompanhamento, tendo falado, à beira do túmulo, o Dr. Ivolino de Vasconcellos, Presidente do Instituto Brasileiro de História da Medicina.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Dados anatômicos sobre o "Píloro" íleo-céco-cólica. — (Com observação direta in vivo de "Papila" íleo-céco-cólica). Liberato João Afonso Di Dio. S. Paulo. Brasil. 1952. Trabalho de alto valor, apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo no concurso para a livre Docência da Cadeira de Anatomia (descritiva e topográfica), alcançou ele aprovação com Distinção, Grau 10.

Detalhado e profundo estudo sobre os dispositivos musculares especiais de abertura e fechamento do sistema digestório apresenta esse trabalho riquíssima bibliografia, numerosos clí-chês, chegando o autor as seguintes conclusões:

- 1) O píloro-íleo-céco-cólico é o dispositivo regulador do trânsito entre o intestino delgado e o intestino grosso compreendendo o íleo terminal e a eminência íleo-céco-cólica.
- 2) No íleo terminal devem ser distintos dois segmentos: uma porção pré-céco-cólica, com cerca 2,5 cent. comprimento, em geral dilatada, — ampola ileal — e uma porção céco-cólica, embainhada pelo contorno medial do intestino grosso, que se projeta no lume deste, como eminência íleo-céco-cólica.
- 3) A eminência íleo-céco-cólica apresenta a forma fundamental papilar — "papila" íleo-céco-cólica — do indivíduo vivo e de relativamente grande número de cadáveres (39, 4% 4,8). Nestes porém, predomina a forma "valvular" — tipo bi-labiado (60,6% 4,8). Os tipos papilar e bi-labiado devem ser considerados como os principais encontrados no cadáver.
- 4) A tenia céco-cólica dorso-medial, de disposição lamelar, fascicular ou cordoniforme, apresenta, além dos feixes provenientes do apêndice vermiforme, outros contin-

gentes oriundos da camada superficial da túnica muscular ileal e do céco; esta em última análise vem do apêndice vermiforme. Alguns dos seus feixes profundos participam da constituição da musculatura da eminência íleo-céco-cólica.

- 5) A camada longitudinal da túnica muscular do íleo envia feixes para o colo ascendente e, em particular, para a tenia dorso-medial, para o céco e para o apêndice vermiforme, além dos feixes (profundos) que vão tomar parte na musculatura da eminência íleo-céco-cólica. Nos contornos ventral e dorsal da base desta, ao nível das zonas dos chamados "freios" céco-cólicos, alguns feixes longitudinais ileais passam a circulares do intestino grosso. Aos feixes longitudinais ileais que penetram nos contornos da eminência íleo-céco-cólica juntam-se feixes longitudinais ileais que pegrosso, situando-se entre as duas camadas circulares, ileal e cecal ou cólica, continuando-se entre estas últimas. Todo esse conjunto de feixes longitudinais que penetram na eminência constituem propriamente, a parte do píloro íleo-céco-cólico com ação de abertura do óstio, o músculo dilatador.
- 6) A camada circular da túnica muscular do íleo toma parte na constituição da eminência íleo-céco-cólica, acompanhada pela do intestino grosso que a circumscreve como uma bainha, com a qual se justapõe próxima ao óstio, e da qual se diferencia por serem circunferenciais os feixes ileais. As camadas circulares tanto do íleo quanto do intestino grosso apresentam aumento de espessura na base da eminência íleo-céco-cólica, junto ao início do acolamento entre os intestinos delgado



Schering

*eficácia
tolerância
economia*

Reunindo os requisitos acima, o ESTINIL constitui o preparado de escolha para a terapêutica estrogênica por via oral.

ESTINIL

(etinil-estradiol)

INDICAÇÕES: Distúrbios do climatério hipogonitalismo feminino, hemorragias uterinas disfuncionais, afecções vulvo-vaginais, etc. É, ainda, poderoso auxiliar no tratamento do câncer da próstata.

EMBALAGENS ORIGINAIS:

Frasco com 30 comprimidos de 0,02 mg

Frasco com 30 comprimidos de 0,05 mg

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S/A
RIO DE JANEIRO
S. PAULO • PÓRTO ALEGRE • RECIFE • BELO HORIZONTI
FORTALEZA • JUIZ DE FORA

e o grosso constituindo o trecho esfinteroidal; outro espessamento aparece ao nível da borda livre, sem atingir a mucosa, o esfíncter ileo-céco-cólico propriamente; entre estas zonas diferenciadas, os contornos da eminência apresentam uma zona de musculatura reduzida. Os fascículos marginais deixam livre um segmento e são responsáveis, principalmente, pela oclusão do óstio, enquanto que os basais impedem, essencialmente, fluxo rápido do conteúdo céco-cólico.

- 7) A musculatura da eminência ileo-céco-cólica nos fétos de termo e crianças apresenta a mesma disposição que nos adultos sendo, porém, relativamente mais robusta.
- 8) Tanto nas primeiras idades quanto nos adultos, a musculatura circular da eminência ileo-céco-cólica predomina sobre a longitudinal. Consequentemente domina a ação muscular constritora sobre a dilatadora.
- 9) A nossa observação direta, no indivíduo vivo, confirma a etiologia da eminência em "papila" ileo-céco-cólica. Esta deve ser considerada como a forma normal e fundamental no vivente e com o céco-colo aberto, tanto no estado de contração quanto no de relaxamento da musculatura.
- 10) Os chamados "freios" cecocólicos, que constituem formações evidentes no cadáver, não observados in vivo, podem ser considerados como disposições post-mortais.
- 11) O escoamento do conteúdo do íleo, através do óstio ileo-céco-cólico, em céco-colo aberto, dá-se em golfadas, sem haver verdadeira ejaculação, ou de modo contínuo em períodos de tempo mais ou menos longo. Além da abertura e do fechamento ostiais há movimentos de "papila" no seu conjunto, espontâneo ou provocados de projeção, retratação e torção.
- 12) Dada a disposição de "papilas", constante no vivente e relativamente frequente no cadáver, essa

configuração semelhante a da porção intravaginal do colo uterino de nulipara deveria ser indicada nos tratados e Atlas de Anatomia, como já fazem alguns AA.

- 13) A morfologia de "papila" ileo-céco-cólica no vivente e as conexões musculares entre os segmentos intestinais que contribuem para a constituição do piloro ileo-céco-cólico não justificam intervenções cirúrgicas que visem reconstrução de "lábios" com função valvular.
- 14) Em suma, a transição entre os intestinos delgado e grosso apresenta um complexo dispositivo muscular de abertura e fechamento para regularizar o trânsito nesse nível, com contingentes ativos para desempenhar essas ações principais. O conjunto, devido a razões de ordem anatômica, físiológica e etimológica — designado "piloro" ileo-céco-cólico, em lugar de "esfíncter", assemelha-se ao piloro gastroduodenal; a menor robustez está provavelmente relacionada com os fenômenos mecânicos e químicos, qualitativa e quantitativamente diferentes, a montante e a jusante, e com o estado físico do conteúdo ileal, que exigem contingente muscular menos potente.

Cirurgia Pediátrica. — Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto. São Paulo 1952. Compilação de vários trabalhos apresentados e publicados, todos eles referentes à difícil especialidade a que se dedica, constitui esse volume excelente contribuição do ilustre cirurgião pediatra à literatura médica brasileira.

Não cabe aqui analisar cada um dos trabalhos reunidos nesse volume. Prefaciando tal obra diz o Prof. Raul Briquet: "Quem compulsar com atenção a casuística diversa que oferece, documentada por vezes em grande cópia de observações, sentirá a verdade de que a cirurgia infantil, do mesmo modo como a psicologia da criança, não é redução e miniatura, do adulto, senão que reclama conhecimentos especiais e complexos".

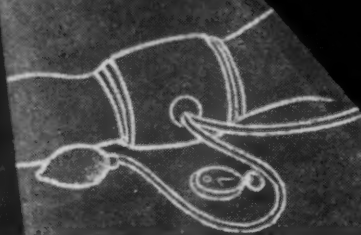
VITAMINA - P
(RUTINA)

VITAMINA - C
(ÁCIDO ASCÓRBICO)

VITAMINA - K
(MENADIONA)

Flavonil drágeas

Poderosa associação
vitamínica na
terapêutica da:
FRAGILIDADE CAPILAR
HIPERTENSÃO ARTERIAL
ESTADOS HEMORRÁGICOS



LABORATÓRIO XAVIER

JOAO GOMES XAVIER & Cia. Ltda.

Rua Tamandaré, 984 — Rua Tamandaré, 533 — SAO PAULO — BRASIL

Representantes nos demais Estados.

Depósitos { Rio de Janeiro
Porto Alegre
Belo Horizonte
Curitiba

Consultores científicos:
Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro
Prof. Dr. Genesio Pacheco

Esses conhecimentos o autor os revela em todas as páginas do seu livro, de maneira brilhante e minuciosa.

Dentre outros trabalhos, todos de real valor, destacam-se os referentes a: "Bases fisiopatológicas do tratamento cirúrgico da hernia inguinal na criança"; "A cirurgia infantil"; — "Foetus in foetu" acárdico. Considerações em torno de um caso"; — "A cirurgia infantil e a pediatria"; — Aspectos cirúrgicos das afecções cardio-vasculares congênicas"; — "Lipoma intratorácico na criança"; — "O tubo de polietileno na utilização da via venosa em crianças"; "Enfarte do testículo e torção da hidátide de Morgagni em crianças".

Patologia sistemática cirúrgica. — Gino Baggio — Prof. e Diretor da Clínica Cirúrgica da Universidade de Pisa. — Tipografo Editore "A. Poggi" — Varese Itália. — *Patologia Sistemática Cirúrgica* é um dos 6 volumes que o Prof. Gino Baggio vem de publicar do seu Trattato de Chirurgia Generale.

Com mais de 800 páginas, descreve ele detalhadamente as moléstias cirúrgicas reagrupadas na ordem das regiões afetadas, ao que ele chama de —patologia sistemática—. Descreve as lesões traumáticas — traumatismos

mecânicos, térmicos, elétricos de irradiação e químicos. As condições traumáticas: de natureza funcional, ou orgânica. As afecções de causas vitais: — infecções bacterianas agudas exsudativas purulentas, crônicas, etc.; as afecções de natureza metabólica, infiltrativas — exsudativas, etc. Condições de natureza morfo-dinâmicas: — condições congênicas, malformações. — condições adquiridas etc. Livro didático por excelência.

Progressos da Medicina. — Vol. 1.º — Editado pelo Departamento Científico da Indústria Química e Farmacêutica Schering S/A. 1952. — Os mais importantes ou promissores estudos e pesquisas realizadas no terreno da medicina e publicados durante os anos de 1949, 50 e 51, foram registrados nesse interessante volume que a Schering S/A. vem de publicar.

Relatando toda a atividade dos hospitais e laboratórios dos principais centros de cultura destaca sobretudo a literatura estrangeira, menos acessível ao clínico estudioso pois que a nacional ele tem sempre a mão. Novos processos de tratamento, terapêutica e curas cirúrgicas, ultimamente adotadas, são abordados de maneira clara e resumida em pequenas notícias de ¼ a ½ página cada uma, preenchendo as 250 páginas que o livro apresenta.

Apreciações

Estudos Cirúrgicos 6th série São Paulo Editora S. A. 1952, by Eurico Branco Ribeiro, M.D. — The author, a competent and very well known surgeon of S. Paulo, Brazil, collected in this book 29 of his articles, published since 1946 in several medical journals. He considers the various subjects from a practical point of view and gives his opinion of the rational and technic in various fields of surgery. The important ones deal with the gastric surgery. The wide range of topics illustrates that a

practicing surgeon can employ other than direct surgical technique in his practice.

Antonio Monteiro Cardoso de Almeida, M.D.

(Transcrito do "Journal of The Medical Association of Georgia", Vol. XLII, n.º 11, novembro de 1952).

Morbus Alzheimer e Morbus Pick. — Torsten — H. Sjögren e Ake G. E. Lindgren. — O suplemento número 82 de 1952, da Acta Psiquiátrica et Neurologica Scandinavica, é todo de-

Proteja os rins, evitando o abuso de sal na alimentação. — SNES.

dedicado ao estudo do *Morbus Alzheimer* e *Morbus Pick* um sem triplice aspecto: genético, clínico e anatomo-patológico. O primeiro é feito por Torsten Sjögren, em 66 páginas e com 48 citações bibliográficas. Baseia-se no estudo de 80 casos, dos quais 18 *Morbus Alzheimer* e 18 *Morbus Pick* documentados pela anatomia patológica 29 casos com o diagnóstico clínico de síndrome Pick-Alzheimer, com atrofia cerebral e 15 casos apenas com o diagnóstico clínico. A possibilidade de herança multijatorial é assinalada, com maior probabilidade no *Morbus Alzheimer*. Para o *Morbus Pick* é aumentada a hipótese de um gen dominante com alguns gens modificadores. A determinação exata do processo de herança não foi possível. O autor se limita a calculos empiricos de prognósticos, pelo método de Weinberg, assim, o risco de consanguíneos, no período de 40-70 anos, terem o mesmo processo, é de 5,2 + 1,8%. Nas famílias em que tenham aparecido iguais processos nos pais e consanguíneos, o risco é de 16 %.

O autor justifica a escassez de dados pelo fato de que apenas ha 2 decadas estas molestias tenham se tornado alvo de trabalhos sobre o diagnóstico diferencial com as psicoses servil e pré-servil. Conclue que na base do material estudado, cerca de 10 % de todas as psicoses servis sejam enquadradas entre o *Morbus Pick* e *Morbus Alzheimer*, com um risco de 0,1 % para toda a população.

O que significa que na Suécia haja mais ou menos 75 casos por ano.

O estudo clínico é feito por Hakon Sjögren, em 46 páginas e com 127 citações bibliográficas. A média da idade no início da molestia foi cerca de 55 anos, com a sobre vida média

de 7 anos. Assinalou-se demência progressiva, afasia em 100 % dos casos, afasia sensorial em 83 %, agrafia em 83 % apraxia em 72 %, disartia em 67 %. Apenas em poucos casos foram assinalados passagreira hiperatividade.

Distúrbios da marcha, com distúrbios do tonus muscular, são ainda assinalados, como também paralisia facial.

O autor apresenta o argumento dos distúrbios da marcha e do tonus muscular, sempre presentes em seus casos de *Morbus Alzheimer* e ausentes no *Morbus Pick*, como contribuição para o esclarecimento do difícil problema do diagnóstico clínico diferencial entre ambas.

O estudo da classificação anatomo-patológica é feito por Ake G. E. Lindgren, em 33 páginas, com 19 citações bibliográficas.

O autor assinala atrofia cerebral relativamente difusa no *Morbus Alzheimer* e circunscrita no *Morbus Pick*. Modificações dos ganglios da base no *Morbus Alzheimer* e apenas em 1 caso de *Morbus Pick*. Degeração fibrilar e placas argentofilas em grande número no *Morbus Alzheimer* e nunca no *Morbus Pick*. No *Morbus Alzheimer* não há células baloniformes, o que é constante no *Morbus Pick*.

Conclui-se do trabalho que ainda se está longe de uma compreensão clara de ambos os processos, pois não há nenhuma relação com o arterio-esclerose dos vasos cerebrais. Apenas os estudos de histoquímica e dosagens de engimas no tecido cerebral, poderão trazer novas luzes para o problema, conforme a orientação iniciada no trabalho de Heizon, apresentando ao Congresso de Patologia de Roma, em 1952.

Para ver sem fadiga é preciso regular bem os contrastes. Quando se lê tendo a página fortemente iluminada e o resto do compartimento no escuro, os olhos se fatigam muito rapidamente. Para poupá-los, convém deixar que alguma luz se espalhe sobre o teto.

UM PRÊMIO DIFERENTE

PRÊMIO SÃO LUCAS

REGULAMENTO

Art. 1.º — O Sanatório São Lucas — Instituição para o progresso da Cirurgia — com sede à rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, associando-se às justas comemorações do IV Centenário da fundação da cidade de São Paulo, institui um prêmio a ser conferido em 1954 a um médico brasileiro que, por trabalho original, tenha realmente contribuído para o progresso da Cirurgia.

§ 1.º) Denominar-se-á "PRÊMIO SÃO LUCAS".

§ 2.º) Consistirá da importância de Cr\$ 100.000,00 (cem mil cruzeiros), acompanhada de um diploma assinado pelo Diretor do Sanatório São Lucas e pelo Presidente da Sociedade Médica São Lucas.

Art. 2.º — Os candidatos ao prêmio devem apresentar:

§ 1.º) Uma exposição clara da orientação pessoal original que constitui, a seu ver, progresso da Cirurgia;

§ 2.º) comprovação de que essa contribuição é pessoal e original;

§ 3.º) demonstração de que se trata de um progresso da Cirurgia;

§ 4.º) documentação de que se trata de orientação que já está sendo aproveitada dentro, e possivelmente fora, do País.

Art. 3.º — Poderá concorrer ao prêmio qualquer médico brasileiro, com diploma regularmente registrado no Departamento Nacional de Educação e Saúde Pública.

Art. 4.º — Os concorrentes devem fazer sua inscrição perante a Autarquia do IV Centenário até o dia 1.º de julho de 1953 (Rua 24 de Maio n.º 250 — 8.º andar, São Paulo).

§ 1.º) Só serão considerados inscritos os concorrentes que até

a data acima apresentarem os requisitos estipulados no artigo 2.º.

Art. 5.º — A Comissão Julgadora será constituída pelo presidente da Secção de Cirurgia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo; pelo presidente do Departamento de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina; pelo Mestre do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e pelo presidente da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões, sob a presidência de um representante do Sanatório São Lucas, que só terá voto de desempate.

Art. 6.º — No prazo máximo de 4 meses após a entrega dos trabalhos, a Comissão Julgadora enviará à Comissão do Centenário com cópia autêntica para o Diretor do Sanatório São Lucas o parecer analisando e criticando os candidatos e justificando a concessão do prêmio ao classificado em 1.º lugar, se tal fôr o caso.

§ 1.º) Para a classificação dos candidatos, a Comissão Julgadora atribuirá notas de 1 a 10 pontos aos seguintes itens: a) valor da contribuição para o progresso da Cirurgia; b) grau de originalidade; c) cunho prático; e d) documentação de que se trata de orientação que já está sendo aproveitada dentro, e possivelmente fora, do Brasil.

Art. 7.º — No caso de empate, e só então, o presidente da Comissão Julgadora terá direito de voto.

Art. 8.º — O prêmio será entregue pelo presidente da Autarquia do IV Centenário em sessão solene da Sociedade Médica São Lucas, falando o recipiendário, um orador designado pela Autarquia e outro pelo Sanatório São Lucas.

INSTITUTO RADIOLOGICO **"CABELLO CAMPOS"**

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone 34-0655

SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.

Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|--|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia | VIII — Neurologia e Psiquiatria |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia | IX — Cirurgia |
| III — Endocrinologia | X — Obstetrícia e Ginecologia |
| IV — Microbiologia e Higiene | XI — Oto-rino-laringologia |
| V — Patologia geral e Anatomia Patológica | XII — Oftalmologia |
| VI — Medicina geral | XIII — Dermatologia e Venereologia |
| VII — Pediatria | XIV — Radiologia |
| | XV — Tuberculose |

Pedidos de assinatura para 1951, Kaiverslant — Amsterdam C. — Holanda.

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 374 - Telefone, 34-4573 - São Paulo